



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Masennuspotilaan hoitoon sitoutumista estävät ja edistävät tekijät psykiatrisessa päiväosastohoidossa

Anastasia Selivanova

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Masennuspotilaan hoitoon sitoutumista
estävät ja edistävät tekijät psykiatrisessa
päiväosastohoidossa

Anastasia Selivanova
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018

Anastasia Selivanova

Masennuspotilaan hoitoon sitoutumista estävät ja edistävät tekijät psykiatrisessa
päiväosastohoidossa

Vuosi 2018

Sivumäärä 45

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa masennuspotilaan päiväosastohoitoon sitoutumista edistäviä sekä estäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa masennuspotilaan päiväosastohoitoon sitoutumista edistävästä sekä estävästä tekijöistä. Opinnäytetyö on osa "Ei tullut; selvitys käyttämättä jääneistä vastaanottoajoista ja suunnitelma niiden vähentämiseksi" tutkimusta, joka on PAAVO-projektin alahanke. Siinä kartoitetaan Hyvinkään alueen psykiatristen poliklinikoiden vastaanottokäyntien poisjäämisiä sekä niiden syitä. Toimeksiantajana toimi HUS Hyvinkään sairaanhoitoalueen Psykiatrian tulossyksikkö.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla. Haastateltavia oli viisi ja heidät valitsi päiväosaston työryhmä. Haastattelut suoritettiin päiväosaston tiloissa kesäkuussa – elokuussa 2017. Haastatteluista saatu aineisto litteroitiin ja käsiteltiin deduktiivisella sisällönanalyysillä sekä teemoittelulla. Tämä toteutettiin niin, että aineistosta nousseet pääkohdat jaettiin teemoihin ja alateemoihin teorian mukaisesti.

Tuloksena hoitoon sitoutumista edistävät sekä estävät tekijät jakautuivat potilaasta, ympäristöstä sekä potilaasta ja ympäristöstä samanaikaisesti johtuviin syihin. Edistäviksi tekijöiksi nousivat potilaiden omat asenteet, motivaatio, aikaisemmat kokemukset hoidosta sekä toivo paremmasta. Ulkoisista tekijöistä merkittäviä olivat läheisten sekä hoitohenkilökunnan emotionaalinen sekä konkreettinen tuki ja hyvä hoitosuhde. Hoidon struktuuri ja sisältö vaikuttivat myös hoidon sitoutumiseen myönteisesti. Sitoutuminen yksilöhoitoihin haastateltavilla oli korkeampaa ryhmähoitoihin verrattuna. Estäviksi potilaista johtuviksi tekijöiksi nousivat liian huono psyykinen vointi sekä väsymys. Muita estäviä tekijöitä olivat hoidon pirstaleisuus, jäykkä järjestelmä yksilöllisen hoidon räätälöinnin kohdalla sekä se, että hoito ei ollut oikea-aikaista. Jatkotutkimuksissa voisi tutkia, miten hoidon oikea-aikaisuutta voisi varmistaa sekä miten ryhmähoito vaikuttaa sitoutumiseen yksilöhoitoihin.

Asiasanat: Hoitoon sitoutuminen, masennuspotilas, psykiatrinen päiväosasto

Anastasia Selivanova

Promoting and Preventing Aspects of Adherence for a Depressive Patient's Care at a Psychiatric Day Ward

Year 2018

Pages

45

The purpose of thesis was to examine aspects that promote and prevent a depressed patient's adherence to care at a psychiatric day ward. The aim of the thesis was to increase knowledge of health care personnel about aspects that promote and prevent depressed patient's adherence to psychiatric day ward care. This thesis is a part of a research called "Ei tullut; selvitys käyttämättä jääneistä vastaanottoajoista ja suunnitelma niiden vähentämiseksi" (Didn't come; a report about missed appointments and a plan how to minimize them), which is a sub-project of the PAAVO-project. The focus of it is to identify reasons for not attending the polyclinic appointments in Hyvinkää Hospital Region, Department of Psychiatry. The commissioner of the thesis is the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Hyvinkää Hospital Region, Department of Psychiatry.

Materials for thesis were collected by interviewing five day wards patients. Patients were chosen by the personnel of the day ward. The interviews took place between June and August 2017 in the day ward. The materials were transcribed and analysed by deductive analysis and theming. That included forming themes and subthemes with the help of the theory.

The results of the analysis show that aspects that promote and prevent adherence depend on patients, environment and both together. Promoting aspects of adherence that depended on patients were patients' own attitude, motivation, earlier experiences of health care and hope for a better future. External important aspects were emotional and concrete support of close family members and health care personnel and a good care relationship. The structure and content of health care had a positive influence on adherence, too. Adherence to individual care was better than adherence to care in a group. Preventing aspects that depended on patients were poor mental health and tiredness. Other preventing aspects were fragmentation of care, too strict system, when it comes to adjusting care for individual needs and right time for treatments. Further topics for objects could focus on how to confirm right time for treatments and how does commitment to group care affect the commitment to individual care.

Keywords: Adherence, depressive patient, psychiatric day ward

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Mielenterveys	7
2.1	Mielenterveyspotilas.....	7
2.2	Masennuspotilas	7
2.3	Masennuspotilaan hoitopolku	9
3	Hoitoon sitoutuminen.....	10
3.1	Hoitoon sitoutumisen määritelmä.....	10
3.2	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä	11
3.3	Hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä.....	13
3.4	Hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä	14
3.5	Masennuspotilaan hoitoon sitoutuminen.....	15
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet sekä opinnäytetyön kysymykset	16
5	Opinnäytetyön toteutus	16
5.1	Laadullinen tutkimus	16
5.2	Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	17
5.3	Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus	18
5.4	Aineiston analyysi	18
6	Opinnäytetyön tulokset	20
6.1	Hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä päiväosastohoidossa	20
6.2	Hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä päiväosastohoidossa	24
7	Pohdinta.....	26
7.1	Tulosten tarkastelu	26
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	28
7.3	Opinnäytetyön eettisyys	29
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	30
	Lähteet	31
	Kuviot	34
	Taulukot	35
	Liitteet	36

1 Johdanto

Masennus on yksi mielenterveydenhäiriöistä. Suomessa masennusta sairastaa noin 5-6 % koko aikuisväestöstä. Lasten kohdalla prosentti on 1-2 välillä ja nuorten kohdalla riski sairastua masennukseen kasvaa. Masennus aiheuttaa sekä kärsimystä, työkyvyttömyyttä, että nostaa merkittävästi itsemurhariskiä. Itsemurhakuolleisuus masentuneilla nousee noin 20-kertaiseksi verrattuna normaaliväestöön. (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuulari 2015)

Masentuneiden potilaiden hoito tapahtuu sekä lääkeshoidolla, että psykoterapialla tai muulla keskusteluhoidolla. Hoitomuoto sekä hoidon pituus määrittyvät masennuksen vaikeusasteesta. Esimerkiksi lievän ja keskivaikean masennuksen kohdalla lääkehoito ja keskusteluhoito ovat yhtä tehokkaita, mutta molempien hoitomuotojen yhtäaikaisten käyttö on todettu kaikista vaikuttavammaksi. Muita hoitomuotoja ovat esimerkiksi ECT - eli sähköhoito, psykoottisastossa masennuksessa psykoosilääkkeet sekä ryhmäterapiahoito. (Käypä hoito 2016, THL 2015)

Riippumatta siitä, mikä hoitomuoto valitaan, ainoastaan sen suunnitelmallinen toteuttaminen on vaikuttavaa. Toteuttamisella tässä yhteydessä viitataan hoitoon sitoutumiseen, joka on yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa sovittua aktiivista terveyskäyttäytymistä, josta potilas on vastuussa. Hoitoon sitoutuminen sisältää sekä lääkehoitoon, omahoitoon että poliklinikka tai sairaalakäynteihin sitoutumisen. Hoitoon sitoutuminen on lisäksi sitoutumista ennaltaehkäisevään hoitoon sekä elintapoihin. (Kynäs & Hentinen 2008, 17.)

Hoitoon sitoutuminen toteutuu ainoastaan noin puolella pitkäaikaissairauksiin sairastavilla. Masennuksen kohdalla hoitoon sitoutuminen on vielä huonompaa masennuksesta aiheutuvien oireiden vuoksi. Tällä on vaikutusta hoidon vaikuttavuuteen, joka pienenee mitä huonompi sitoutuminen on. Myös taloudellisesta näkökulmasta huono hoitoon sitoutuminen on iso haaste. (Uudistuva mielenterveystyö 2014, 134.)

Hoitoon sitoutumisessa osapuolina ovat potilaan lisäksi potilaan omaiset ja läheiset, hoitohenkilökunta, terveydenhuolto sekä yhteiskunta. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä löytyy sekä potilaasta ulkoisia että potilaan sisäisiä. Ulkoisia tekijöitä ovat muun muassa läheisten ja ammattilaisten tuki, vertaistuki sekä hoitosuhteen laatu, ja sisäisiä - sairauden oireet, potilaan omat asenteet sekä motivaatio. (Uudistuva mielenterveystyö 2014, 135.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa masennuspotilaan päiväosastohoitoon sitoutumista edistäviä sekä estäviä tekijöitä. Tarkoitus toteutuu päiväosastopotilaiden puolistrukturoiduilla haastatteluilla. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa masennuspotilaan päiväosastohoitoon sitoutumista edistävästä sekä estävästä tekijöistä. Tavoite toteutuu haastatteluiden tulosten esittämisen yhteydessä opinnäytetyötä tilanneessa organisaatiossa, HUS Hyvinkään sairaanhoitoalueen Psykiatrian tulosyksikössä.

2 Mielenterveys

Mielenterveyttä määrittävät sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen Mielenterveystyö Euroopassa (2014) mukaan neljä osa-aluetta, joita ovat ihmisen yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet sekä kulttuuriset arvot. Kuhasen, Oittisen, Kanervan, Seurin & Schubertin (2010, 19-21) mukaan yksilölliset tekijät ja kokemukset kuvaavat, miten kukin määrittelee omaa mielenterveyttään. Yksilöllisiä tekijöitä ovat esimerkiksi henkilön fysiologiset, psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet ja yksilöllisiä kokemuksia esimerkiksi läheisen kuolema tai vakava sairastuminen. Sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus näkyvät ihmisen mielenterveydessä varhaisesta vuorovaikutuksesta lähtien. Sosiaalinen ympäristö sisältää lähiympäristön, kuten perheen sekä muita ihmisiä ja vuorovaikutuksen heidän kanssaan. Yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit vaikuttavat mielenterveyteen elinolosuhteiden, koulutuksen ja palveluiden saatavuuden kautta. Kulttuuriset arvot taas määrittävät miten mielenterveydestä sekä mielenterveyshäiriöistä puhutaan ja miten niihin suhtaudutaan. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 19-21.)

2.1 Mielenterveyspotilas

Mielenterveys on resurssi ja voimavara, joka ylläpitää psyykkisiä toimintoja. Jos tämä voimavara vähenee, alttius mielenterveyshäiriöille kasvaa. Mielenterveyshäiriö on sille häiriölle ominaisten oireiden kokonaisuus. Oireet aiheuttavat kognitiivisten toimintojen, tunteiden tai käyttäytymisen säätelyn häiriötä. Ne myös aiheuttavat kärsimystä sekä toimintakyvyn heikkenemistä. (Kuhanen ym. 2010, 19.)

Suomen lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mukaan potilas määritellään henkilönä, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoidon palveluita tai on edellä mainittujen palveluiden kohteena. Näin ollen mielenterveyspotilas on mielenterveyttä edistävien ja hoitavien palveluiden käyttäjänä tai kohteena. Mielenterveyspotilas on myös henkilö, jolla on jokin määritelty mielenterveyshäiriö. Mielen terveyden ja sairauden välillä kulkeva raja on sidonnainen eri tekijöihin ja liukuva, mutta on olemassa mielenterveyden häiriöiden määrittelyä varten olevia kriteerejä (Huttunen 2015).

Suomessa käytetään mielenterveyshäiriöiden luokitukseen Maailman terveysjärjestön WHO:n ICD-10-luokitusta, joka jakaa häiriöt 11 pääryhmään. ICD-tautiluokituksen lisäksi käytetään Amerikan Psykiatriyhdistyksen APA:n DSM-järjestelmää, jossa mielenterveyshäiriöt jaetaan 22 pääryhmään (Lönnquist 2017).

2.2 Masennuspotilas

Masennus on depressiivinen häiriö ja ICD-luokituksen mukaan kuuluu mielialahäiriöihin (afektiiviset häiriöt) luokituksella F30-F39. Se jaetaan masennustilaan - F32, toistuvaan masennukseen - F33 sekä pitkäaikaiseen masennukseen (dystymiaan) - F34. Masennus luokitellaan

myös vaikeusasteen perusteella lievään (F32.0), kestäväkeeseen (F32.1) sekä vaikeaan (F32.2) ja vaikeaan ja psykoottiseen (F32.2) (Lönquist 2017). Masennuksesta kärsii noin viisi prosenttia kaikista suomalaisista. Masennuksen oireita esiintyy myös erilaisten somaattisten sairauksien yhteydessä, raskauden jälkeen tai kaamokseen liittyen. Masennuksen ilmeneminen on aina yksilöllistä sekä moninaista. (Kuhanen ym. 2010, 201.)

Kuhasen ym. (2010, 202) mukaan oireina masennuksessa ovat mielialan lasku, ahdistuneisuus, keskittymisvaikeudet, aloitekyvyttömyys, anhedonia (kyvyttömyys tuntea mielihyvää), unihäiriöt, ruokahaluun liittyvät muutokset, itsesyytökset sekä itseensä kohdistuvat negatiiviset tunteet, kuten syyllisyys, arvottomuus, häpeä, toivottomuus ja riittämättömyys. Masennukseen voi myös liittyä ärtyneisyyttä sekä itseään vahingoittavaa käyttäytymistä (Lönquist 2017). Diagnoosin kriteerinä on, että kymmenestä kriteerioireista esiintyy vähintään neljä, ne ovat kliinisesti vaikeusasteeltaan merkittäviä ja niiden kesto on yhtäjaksoisesti vähintään kaksi viikkoa (Käypä hoito, 2017).

Masennus voi olla yksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaiheista. Kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle (ICD-luokituksen mukaan F31) on ominaista mania- tai hypomania- ja depressiovaiheiden vaihtelu tai niiden sekamuotoinen esiintyminen. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennusjaksot vaihtelevat kestoiltaan sekä vaikeudeltaan. Niissä vaiheessa potilas tuntee tarmonsaa ja toimeliaisuutensa heikentyneen ja vakavimmissa tilanteissa masennusjakso täyttää vakavan ja psykoottisen masennuksen kriteerejä. (Lönquist 2017)

Monihäiriöisyys (psykiatrinen komorbiditeetti) on yleistä masentuneella. Yleisimmät häiriöt, jotka esiintyvät masennuksen yhteydessä ovat ahdistuneisuus, persoonallisuushäiriöt sekä päihdeongelmat (Kuhanen ym. 2010, 202). Päihdeongelmaisilla masentuneisuus on yleisempää kuin heillä, jotka eivät siitä kärsi ja toisinpäin – päihdeongelmia esiintyy masentuneilla enemmän. Toisaalta, myös ahdistuneisuutta ja persoonallisuushäiriötä esiintyy enemmän päihteitä käyttävillä masentuneilla. Näin siis yksi häiriö altistaa muille ja lisää moniongelmaisuuksia sekä vaikeuttaa hoitoa. (Niemelä 2015)

Masentunut potilas on yliherkkä, kivulias ja ahdistunut. Hän on avuton sekä lamaantunut eikä täysin ymmärrä, mitä hänelle on tapahtumassa. Potilas on uupunut, koska ei saa riittävästi psyykkistä taikka fyysistä lepoa piinaavien tuntemustensa ja ajatustensa johdosta. Näiden vuoksi tunne itseluottamuksesta ja -hallinnasta häviää ja tilalle jää vain avuttomuus. Keinoksi potilas pyrkii unohtumaan uneen ja kuolema näyttytyy mahdollisuutena päästä piinasta vapaaksi. (Myllärniemi 2015)

Masentuneella potilaalla itsetuhoisuus liittyy vahvasti avuttomuuden tunteeseen. Potilas tuntee avuttomuutta sen hetkisestä tilanteen sietämättömyydestä, tulevaisuuden toivottomuudesta sekä menneiden tapahtumien häpeästä ja syyllisyydestä. Itsemurha-ajatukset ovat

melko yleisiä ja kuolema nähdään ulospääsynä ongelmista sekä helpotuksena. Itsemurha-ajatukset vaihtelevat pelkistä hetkellisistä mielikuvista vakaviin suunnitelmiin. (Lönquist 2015)

2.3 Masennuspotilaan hoitopolku

Masennuksen hoito jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, joita ovat akuutti-, jatko- ja ylläpitovaiheet. Akuutissa vaiheessa pyritään päästämään oireettomuuteen. Keinot siihen pääsemiseen ovat lääkehoito ja toimiviksi todetut psykoterapiat. Mitä hoitokeinoja valitaan ja käytetään, riippuu masennuksen vaikeusasteesta sekä palveluiden saatavuudesta. Jatkohoidon tarkoituksena on estää relapsi (oireiden palaamista). Relapsin riski kasvaa, jos hoito lopetetaan heti oireiden häviämisen jälkeen. Esimerkiksi lääkehoito lopetetaan asteittain vasta noin puolen vuoden oireettomuuden jälkeen relapsin ehkäisemiseksi. Ylläpitovaiheessa pyritään estämään masennuksen uusiutumista. Tämä on aiheellista silloin, kun masennus on todettu toistuvaksi sekä potilaalla on ollut jo vähintään kaksi masennusjaksoa, jos masennus on ollut vaikeaa tai psykoottista tai jos siihen on liittynyt vakava itsemurhariski. (Käypä hoito 2017)

Masentuneen potilaan hoito alkaa häiriön tunnistamisesta sekä hoitoon ohjaamisesta. Tämä tapahtuu yleensä perusterveydenhuollossa, johon potilas voi hakeutua fyysisten oireiden vuoksi ja samalla puhua toimintakyvyn alenemisesta, väsymyksestä, saamattomuudesta sekä alakuloisuudesta. Suurin osa masennuksesta kärsivistä ei kuitenkaan hakeudu hoitoon joko masennuksen aiheuttavista oireiden tai häpeän ja syyllisyyden tunteiden vuoksi. (Kuhanen ym. 2010, 204.)

Masentuneen potilaan hoito voi toteutua perus-, työterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollossa on käytössä kolmiomalli, jossa hoidosta vastaa ja sitä ohjaa omalääkäri, hoitoa koordinoi ja potilasta tukee ja opastaa depressiohoitaja ja konsultoiva psykiatri on tukena säännöllisesti konsultoimassa sekä ohjaamassa edellä mainittuja. Työterveydenhuollossa keskeisintä on moniammatillinen yhteistyö, selkeä vastuujako työterveyslääkärin, -hoitajan ja psykologin välillä sekä oikea-aikainen psykiatrin konsultaatio. Erikoissairaanhoito katsotaan tarpeelliseksi silloin, kun masennus on vaikea, psykoottinen tai vakavasti monihäiriöinen. Muita syitä erikoissairaanhoidon ohjaamiseen ovat lääkeresistentti (lääkehoidon tehottomuus), vakavat itsetuhoajatukset tai palautumaton työ- tai toimintakyky. (Käypä hoito 2017)

Erikoissairaanhoito tarkoittaa sairaaloissa ja poliklinikoilla toteutuvaa erikoislääkärin vastuulla olevaa hoitoa. Erikoissairaanhoitoon päästään terveyskeskus- tai työterveyslääkärin lähetteellä. Psykiatriseen erikoissairaanhoitoon sairaaloiden ja poliklinikoiden lisäksi kuuluvat tehostetut psykiatriset kotisairaalat, kriisipsykiatrian poliklinikat sekä päiväosastot. Kaikissa niissä potilaita hoidetaan heidän diagnoosiensa mukaan ja hoito jaetaan psykoosi-, mieliala- ja akuuttihoitoon. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 227.)

Yhtenä hoitovaihtoehtona masennuksen hoidossa on päiväosastohoito. Psykiatrisia päiväosastoja on erilaisia riippuen kohderyhmästä, mutta niitä yhdistää muutama sama kriteeri: hoito tapahtuu useampana päivänä viikossa, useana tuntina päivässä. Hoito psykiatrisella päiväosastolla on tehostettua avohoitoa, vaikka nimike "osasto" viittaa sairaalahoitoon. Hoidon toteutuu virka-ajan sisällä eikä hoitoa ole saatavilla ilta- tai viikonloppuaikoina.

Päiväosastot tarjoavat masentuneille potilaille ryhmä- sekä yksilömuotoista hoitoa. Hoitoon sisältyy myös lääkehoidon arvio sekä toteuttaminen. Päiväosastoilla hoidon fokus on muun muassa masennuksessa, ahdistuksessa sekä esimerkiksi persoonallisuushäiriöissä. Päiväosastoilla kiinnitetään huomiota myös päivärhythmiin sekä toiminta- ja työkykyyn.

3 Hoitoon sitoutuminen

Huono hoitoon sitoutuminen on maailmanlaajuinen ja kasvava ongelma terveydenhuollossa. Se vaikuttaa hoidon onnistumiseen ja tekee hoitoon sitoutumattomien potilaiden hoidosta tehotonta. Se myös kuluttaa paljon varoja. Hoidon sitouttamattomuuden on huomattu kasvavan erityisesti kehitysmaissa sekä kroonisten ja pitkäaikaissairauksien kohdalla. Pitkäaikaissairauksista kärsivät potilaat ovat hoidon näkökulmasta todella autonomisia, jolloin hoidon toteuttaminen jää miltei kokonaan potilaan vastuulle. Arvion mukaan kehittyneissä maissa vain puolet kaikista pitkäaikaissairaista potilaista ovat sitoutuneet hoitoon, vaikka tätäkin arviota pidetään liian suurena verrattuna todellisuuteen. (Sabatäe 2003, 7-8; Kyngäs & Hentinen 2008, 11, 22.)

3.1 Hoitoon sitoutumisen määritelmä

Hoitoon sitoutumista edeltävä tutumpi termi on hoitomyöntyvyys eli komplianssi. Se tarkoittaa potilaan toimimista lääkärin ohjeen mukaisesti, toisin sanoen, potilas noudattaa lääkärin määräystä. Muutos ajattelussa potilaan aktiivisuuden ja vastuun lisäämiseen merkityksestä omaan hyvinvointiin liittyen tapahtui, kun ymmärrettiin hoitosuhteen tasavertaistumisen tärkeyttä (Pitkälä & Savikko 2007). Kynkään ja Hentisen (2008, 17) mukaan tänä päivänä hoitoon sitoutumista määritellään niin, että se on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla, joka on yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Tämä sisältää sekä toiminnan sisällön, että tavan toimia. Siinä potilas on aktiivinen hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistuja.

Yhteistyöllä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa tarkoitetaan yhteistä tavoitteiden asettamista, hoidon suunnittelua, ongelmien ratkaisemista sekä vastuun ottoa hoidosta. Tämän toteuttamiseksi hoidon tavoitteiden tulee olla yhteisiä ja yhteistyön rehellistä sekä luottamuskellista. Tärkeintä on, että hoito ei ole kaavamaista ohjeiden noudattamista, vaan "mielekkästä ja joustavaa päätöksentekoa ja toimintaa, jossa on tavoitteena terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen tai hoito ja kuntoutus". (Kyngäs & Hentinen 2008, 17.)

Hoitoon sitoutumista on ennen tarkasteltu myös enimmäkseen lääkehoidon näkökulmasta. Se kuitenkin sisältää muutakin terveyskäyttäytymistä, joka edellyttää paljon enemmän kuin pelkkä lääkehoito (Sabatäe 2003, 3). Esimerkki terveyskäyttäytymisestä on vastaanottokäynneille tuleminen sekä elämäntapamuutokset, kuten liikunnan lisääminen tai tupakoinnin lopettaminen. Potilaan vastuulle jää myös sovituille vastaanotoille saapuminen sekä pääsyn esteistä ilmoittaminen hoitavalle henkilökunnalle.

Hoitoon sitoutumisen merkitys vaihtelee riippuen siitä kenen näkökulmasta sitä tarkastelee – potilaan, yhteiskunnan tai terveydenhuollon. Potilaan näkökulmasta hoitoon sitoutuminen pidentää elämää, parantaa elämänlaatua ja luo turvallisuutta. Se kuitenkin vaatii uusiin elintapoihin sitoutumista, aikaa ja joskus taloudellista uhrausta. Muutosten eteen tulee työskennellä päivittäin, mutta tulokset saattavat näkyä vasta vuosien päästä. Yhteiskunnan näkökulmasta hoitoon sitoutumisen myötä väestön terveystaso nousee, työ- ja toimintakyky paranevat sekä työvuodet lisääntyvät. Myös vaikuttavasta hoidosta tulee taloudellista säästöä, koska hoidon tarve sekä sairauspäivät vähenevät. Terveydenhuollon näkökulmasta hoitoon sitoutuminen näkyy hoidon vaikuttavuudessa: sairauksia ennaltaehkäistään, terveyttä vahvistetaan ja liitännäissairauksien synty vähenee. (Kyngäs & Hentinen 2008, 22-24.)

3.2 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä voidaan tarkastella joko Kynkään ja Hentisen (2008, 26) mallin mukaan, jossa hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat asiakkaasta/potilaasta johtuvat tekijät sekä ympäristötekijät, tai Sabatäen (2003, 27) esittämän viiden ulottuvuuden mukaisesti. Ne ovat: potilaaseen liittyvät tekijät, tautiin liittyvät tekijät, sosiaaliset/ taloudelliset tekijät, terveydenhuollon järjestelmiin liittyvät tekijät sekä hoitoon liittyvät tekijät. Riippumatta siitä, mitä kautta hoitoon sitoutumista tarkastelee, se on monen tekijän summa.

Kyngäs ja Hentinen (2008, 26) luettelevat asiakkaaseen liittyviin tekijöihin demografiset tekijät (kuten ikä, sukupuoli ja koulutus), ja muut, kuten arvot ja käsitykset, voimavarat, motivaatio, tieto, taito ja asioiden ymmärtäminen, elämäntilanne ja sairaus, hoito ja kokemukset siitä sekä sosiaalis- taloudellinen tilanne. Ympäristötekijöihin taas kuuluvat terveydenhuoltojärjestelmä ja sen mahdollistama hoito, hoidon järjestelyt, vuorovaikutus, ohjaus, seuranta ja tuki, muut toimenpiteet, perhe, läheiset ja vertaiset sekä emotionaalinen, konkreettinen ja tiedollinen tuki. Sabatäen (2003, 27) ulottuvuudet kattavat samoja alueita, mutta erottavat potilaaseen liittyvät tekijät sosiaalisista, hoitoon liittyvistä ja tautiin liittyvistä tekijöistä.

Sisäiset tekijät	Ulkoiset tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Demografiset tekijät • Arvot ja käsitykset • Voimavarat • Motivaatio • Tieto ja asioiden ymmärtäminen • Elämäntilanne ja sairaus • Hoito ja kokemukset • Sosiaalinen ja taloudellinen tilanne 	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysthuoltojärjestelmä ja sen mahdollistama hoito • Hoidon järjestelyt • Vuorovaikutus • Ohjaus • Seuranta- ja tuki • Perhe • Läheiset ja vertaiset • Emotionaalinen, konkreettinen ja tiedollinen tuki • Muut toimenpiteet

Kuvio 1: Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä Hentisen ja Kynkään mukaan (2008, 26)



Kuvio 2: Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia osa-alueita Sabatäen mukaan (2003, 27)

Työikäisten demografisilla tekijöillä ei tutkimusten mukaan ole suurta merkitystä hoitoon sitoutumiseen. Enemmän siihen vaikuttavat muut tekijät. Tutkimustulokset eroavat, jos kyseessä on vanhus, lapsi tai nuori. Suurempi merkitys on asiakkaan muilla ominaisuuksilla, kuten uskomuksilla, itsearvostuksella, elämänarvoilla, elämänhallinnalla sekä elämään orientoitumisella. (Kyngäs & Hentinen 2008, 27; Pitkälä & Savikko 2007.)

Sekä Sabatäe (2003, 30) että Kyngäs ja Hentinen (2008, 27-30) luettelevat voimavarat, tiedon, asenteet, kokemukset ja odotukset potilaaseen liittyviksi hoitoon sitoutumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi. Buus, Johannessen ja Stage (2012) sekä Alhewiti (2014) ovat tehneet tutkimuksen masennusl  kehoitoon ja muuhun lääkehoitoon sitoutumisesta. He ovat todenneet potilaiden omien uskomusten olleiden tässä keskeisessä asemassa. Myös kokemus mielialalääkkeiden tehokkuudesta vaikutti; jos lääkehoidon vastetta ei ollut, käytös liittyen hoitoon sitoutumiseen muuttui negatiiviseksi.

Voimavaroja, jotka myös tukevat hoitoon sitoutumista, ovat sekä psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset voimavarat. Niillä on suora yhteys siihen, miten potilas hoitaa itseään. Motivaatio on keskeisenä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä ja sen pohjalta on kehitetty erilaisia interventioita ja lähestymistapoja hoidon sitoutumisen edistämiseksi. (Sabatäe 2003, 30; Kyngäs & Hentinen 2008, 28-29.)

Motivaatio saa aikaan toimintaa ja muutosta ihmisessä. Motivaatioon vaikuttaa keskeisesti se, miten tärkeäksi potilas kokee hoidon ja kuinka luottaa omiin kykyihin seurata hoitoa. Sisäinen motivaatio kattaa ihmisen omaa halua, tarvetta sekä syitä saada aikaan muutoksen. Ulkoinen motivaatio tulee jostakin ulkoisesta lähteestä, kuten esimerkiksi viranomaisilta tai läheisiltä. Paras tulos muutoksen suhteen tulee sisäisen ja ulkoisen motivaation yhdistelmästä. (Miller & Rollnick 2012)

3.3 Hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä

Hoitohenkilökunnan ja omaisten ja läheisten tuki ennustavat hyvää hoitoon sitoutumista. Tuki käsittää potilasohjausta, joka koostuu tiedollisesta ja emotionaalisesta tuesta sekä taitojen oppimisesta. Tiedollinen tuki koostuu tiedosta sairaudesta, sen hoidosta, itsensä hoitamisesta sekä mahdollisten vointiin ja hoitoon liittyviin ongelmiin ratkaisuista. Emotionaalinen tuki tarkoittaa hoitohenkilökunnan valmiutta kuunnella ja kuulla mitä potilailla oli sanottavaa sekä reagoida siihen. Aktiiviseen kuunteluun liittyy myös non-verbaalin viestinnän tulkinta ja siihen reagointi. Emotionaaliseen tukeen liittyy myös palautteen antaminen. (Eloranta & Virkki 2011)

Ohjauksella on merkittävä asema hoitoon sitoutumisen tukemisella. Ohjaustilanteessa vallitseva ilmapiiri säätelee sitä, miten potilas uskaltaa tuoda omia asioitaan esille. Rohkaisevan ilmapiirin syntyyn ohjaajan tulee kartoittaa potilaan emotionaalisia ja tiedollisia tarpeita, kunnioittaa potilaan mielipiteitä, tukea tunteiden ilmaisua sekä esittää potilaan kokemuksia koskettavia kysymyksiä. Tällainen ohjaus tukee potilasta ottamaan vastuuta hoidostaan sekä sitoutua hoitoon. (Hirvonen & Kyngäs 2007)

Ohjaus nykykäsityksen mukaan pyrkii edistämään potilaan kykyä sekä aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Hoitaja ei esitä valmiita ratkaisuja, vaan tukee potilasta

päätöksenteossa sekä potilaan asemaa aktiivisena ongelmanratkaisijana. Ohjauksessa annetaan myös tietoa ja se on muita keskusteluita suunnitelmallisempi. Tärkeää on, että ohjaussuhde on ja pysyy tasa-arvoisena. Itse potilaat tutkimusten mukaan kokevat ymmärrettävän tiedon keskeiseksi hoidon sitoutumista edistäväksi tekijäksi. Sen lisäksi tärkeitä ovat myös ongelmaratkaisutaidot, joiden puute toimii esteenä hoidon toteuttamiselle. (Alhewiti 2014; Kyngäs ym. 2007, 25.)

Hoitoon sitoutuminen käsittää aina tietynlaista muutosta. Potilaalle tulee uusia rutiineja, käyttäytymisen muutosta sekä mahdollisia uhrauksia. Muutos alkaa tiedosta sairaudesta ja sen haitoista, joka tulee joko asiantuntijalta tai jonkinlaisen tapaturman muodossa (Oksanen 2014, 27, 157). Tieto ei kuitenkaan yksinään riitä muutoksen aikaan saamiseen, vaan siihen tarvitaan toivoa paremmasta ja keinot siihen pääsemiseen (Oksanen 2014, 37). Tässä kohtaa hoitohenkilökunnalla on merkittävä rooli.

Terveystenhoitohenkilöstön näkökulmasta hoitoon sitoutumisen edistäminen on osa työtä. Se edellyttää potilaan kanssa jatkuvasti tehtävää yhteistyötä sekä yhteistä vastuunottoa koko hoitoprosessista. Terveystenhoitohenkilöstöltä tämä voi edellyttää erilaista suhtautumista työhön sekä vaatia mahdollisesti uutta tietoa ja taitoa. Hoitoon sitoutumista tulee arvioida jatkuvasti, jotta sitä voitaisiin työstää ja parantaa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 24-25.)

Tutkimusten mukaan suuntaus ja erilaiset interventiot sekä työkalut ovat vaikuttavia vain silloin, kun niiden käyttö on oikea-aikaista sekä oikein käytettyä (Orlinsky 2010). Työkaluja tärkeämmäksi nousee potilaan ja hoitavan työntekijän välinen yhteistyösuhte. Asiakkaiden omien tavoitteiden huomioiminen ja vahvistaminen merkitsee myös paljon hoitoon sitoutumisessa sekä hoidon vaikuttavuudessa (Karver, Handelsman, Fields & Bickman 2006).

3.4 Hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä

Hoitoon sitoutumista edelleen tarkastellaan vahvasti potilaan suorituksen näkökulmasta. Hoidon epäonnistuessa usein syytetään potilasta, vastakkaisesta näytöstä huolimatta. Todellisuudessa hoitoon sitoutuminen riippuu potilaan lisäksi myös terveydenhuollon järjestelmästä sekä hoitohenkilökunnasta. Toisaalta, hoitokäynnit tai sairaalahoito eivät pysty yksinään tuottamaan tarvittavaa tulosta, vaan siihen tarvitaan asiakkaan panostusta omahoitoon. (Filippidou, Lingwood & Mirza 2014)

Hoitoon sitoutuminen kärsii, jos potilas kokee, että häntä ei kuunnella tai hänen toivomuksia ei oteta huomioon. Myös potilaan uskomukset sairaudesta ja hoidosta vaikuttavat hänen motivaatioon sitoutua hoitoon. Näin siis potilaan tukeminen, ohjaus ja kuuntelu auttavat välttämään tällaista käyttäytymistä sekä edistävät hoitoon sitoutumista. Merkittävää hoitoon sitoutumiselle ovat potilaiden ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus ja yhteistyö (allianssi),

terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus sekä potilaiden mahdollisuus vaikuttaa hoitoon. (Sabatäe 2003, 19-20.)

Hoitoon sitoutumista estäviksi tekijöiksi eniten nousee potilaan negatiivinen asenne hoitoon. Riippumatta siitä, onko kyseessä lääke- tai muu hoito, edelliset kokemukset sekä ennakkoasenteet vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Asenteet saattavat tulla perheenjäsenten tai muiden läheisten kertomuksista, mediasta saadusta tiedosta tai uskosta, että mitään ei ole enää tehtävissä. Myös ymmärryksen puute hoidon kulusta sekä tarkoituksesta vaikuttaa sitoutumiseen negatiivisesti. (Alhewiti 2014; Buus, Johannessen & Stage 2012)

Iso merkitys hoitoon sitoutumiseen on psyykkisillä ongelmilla sekä heikentyneillä tai puutteellisilla psyykkisillä selviytymiskeinoilla (resilienssi). Varsinkin mieliala on tässä tärkeässä asemassa. Tutkimusten mukaan masentuneet potilaat sitoutuvat hoitoon huomattavasti enemmän, kuin ne, joilla on normaali mieliala. Se johtuu masennuksen oireista, joita ovat muun muassa aloitekyvyttömyys, toivottomuus sekä mielialan lasku. (Filippidou, Lingwood & Mirza 2014; Kyngäs & Hentinen 2008, 27-30; Sabatäe 2003, 30; Safren, Gonzalez & Soroudi 2008, 1-19.)

Taloudellisista syistä muun muassa matkakulut voivat nousta ongelmiksi. Hoitopaikalle pääsy voi tuottaa ongelmia sellaisille potilaille, joille joko ei ole riittävästi varoja tulla tai kulkuyhteydet ovat hankalasti järjestettyjä. Suomessa matkakulut hoitopaikoille ovat kansaneläkelaitoksen tukemia, mutta siinä on 300 euron vuotuinen omavastuuosuus, joka ei kaikilla potilailla säännöllisistä käynneistä huolimatta täydy (Kela 2017). Tällaisissa tapauksissa hoitoon sitoutuminen hankaloituu tai jopa muuttuu mahdottomaksi. Siihen on olemassa erilaisia kompromisseja, kuten muun muassa hoitopuhelut tai videoyhteydet. Jälkimmäisistä on Mohrin ym. (2013) tutkimuksen mukaan ristiriitaisia tuloksia ja hoitoon sitouttaminen on edelleen haaste.

Hoitojärjestelmän hoitoon sitoutumista heikentävä vaikutus näkyy muun muassa hoidon pirstaleisuutena. Potilasta saatetaan ohjata erilaisiin hoitopaikkoihin, josta hän ei saa tarvittavaa hoitoa tai hänen hoitonsa on samanaikaisesti monessa paikassa. Tämä näkyy esimerkiksi jos potilaalla on komorbiditeetti, jolloin hänen psyykkiset ongelmat hoidetaan eri paikassa, kun somaattiset ja päihdeongelmat. (ETENE 2009)

3.5 Masennuspotilaan hoitoon sitoutuminen

Masennuksen oireet voivat vaikuttaa vahvasti potilaan hoitoon sitoutumiseen vaativiin tai toihin sekä motivaatioon. Masentuneet potilaat ovat kolmikertaisesti huomattavasti enemmän hoitoon sitoutuvia, kun ne potilaat, joilla ei ole masennusta. Masennuksen sellaiset oireet, kuten väsymys, aloitekyvyttömyys, jaksamattomuus sekä tekemisen mielekkyyden puuttuminen ovat keskeisiä hoidon sitoutumiseen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä. (Safren, Gonzalez & Soroudi 2008, 1-19.)

Masentuneen potilaan hoitoon sitoutumiseen on luotu näyttöön perustuva interventiomalli, joka pohjautuu kognitiivinen käyttäytymisterapeuttiseen lähestymistapaan. Kognitiivisen käyttäytymisterapian on todettu olevan tehokkain terapeuttinen hoitomuoto masennuksen hoidossa. Tämän kyseisen mallin aspekteja ovat psykoedukaatio (koulutuksellinen terapia), motivoiva haastattelu, hoitoon sitoutumisen harjoittaminen, aktiivisuuden aikatauluttaminen, ajatusmallien muutostyöskentely, ongelmaratkaisutaidot, rentoutusharjoitusten ja tietoisien syvähengityksen harjoittaminen sekä prosessin ja tilanteen läpikäyminen, ylläpito sekä relapsin ehkäisy. Tavallisesta kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta tämä interventio eroaa sen hoitoon sitoutumista käsittelevällä osuudella. (Safren, Gonzalez & Soroudi 2008, 1, 38.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet sekä opinnäytetyön kysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa mielenterveyspotilaan päiväosastohoitoon sitoutumista edistäviä sekä estäviä tekijöitä.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa mielenterveyspotilaan päiväosastohoitoon sitoutumista edistävästä sekä estävistä tekijöistä.

Opinnäytetyön kysymyksiä ovat:

1. Mitkä ovat masennuspotilaan hoitoon sitoutumista päiväosastohoidossa edistäviä tekijöitä?
2. Mitkä ovat masennuspotilaan hoitoon sitoutumista päiväosastohoidossa estäviä tekijöitä?

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön tutkimus on laadullinen eli kvalitatiivinen ja menetelmä on puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu. Tutkimukseen valittiin 5 päiväosaston potilasta. Haastattelut toteutuivat kesäkuussa – elokuussa 2017. Tutkimuksen suorittamispaikkana oli päiväosasto, jossa haastateltavien hoito toteutui.

5.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kokoamaan kokonaisvaltaisesti tietoa luonnollisissa sekä todellisissa tilanteissa. Siitä johtuen myös tutkimussuunnitelma muuttuu joustavasti tutkimuksen mukaan. Instrumenttina tiedon keruuseen suositaan käyttämään ihmisiä ja pyrkimyksenä on paljastaa asioita, joita ei voitu odottaa. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, perustuen tietynlaisiin kriteereihin. Laadullisessa tutkimuksessa ei nojata teoriaan tai testata hypoteesia, vaan tarkastellaan aineistoa yksityiskohtaisesti sekä monitahoisesti. Tilanteita käsitellään ainutlaatuisina ja aineisto myös tulkitaan sen mukaisesti. Metodilla, joita käytetään, pyritään nostamaan esille tutkittavien autenttisia näkökulmia. Sellaisia metodeja

ovat esimerkiksi osallistava havainnointi, ryhmähaastattelu ja niin kuin tässä opinnäytetyössä, teemahaastattelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160.)

5.2 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Haastattelu on kvalitatiivisen tiedonkeruun päämenetelmä. Syitä haastattelun valintaan on monia, joita ovat esimerkiksi halu korostaa, että haastateltava on subjekti, tutkia tuntematon aihe, syventää saatavia tietoja ja selventää saatavia vastauksia. Vaikeuksina haastattelussa ovat se, että se vie aikaa, vaatii erityisosaamista sekä tuloksien mahdollinen epäluotettavuus haastateltavan pyrkimyksestä antaa sosiaalisesti hyväksyttyjä vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 201.)

Haastattelu eroaa tavallisesta keskustelusta siten, että haastattelija ohjaa haastattelua. Haastattelussa on tavoitteita, joita ovat luotettavan ja kattavan tiedon saaminen. Haastattelija on erilaisia, ne eroavat siinä, kuinka strukturoituja tai toisaalta vapaita ne ovat. Yhteistä niissä on kuitenkin se, että ne pyrkivät päämäärään ja niissä on jokin teema. Tutkimushaastattelussa päätarkoituksena on systemaattisen tiedonhankinta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 202-203.)

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu keskittyy ilmiöön, johon haastattelija on jo ennen haastattelua perehtynyt. Itse haastattelussa kohteeksi on valittu henkilö, joka on tämän ilmiön kokenut ja häneltä kerätään subjektiivisia kokemuksia aiheesta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47). Teemahaastattelun ominaisuutena on se, että se on määritellyn strukturoidun ja vapaan haastattelun välimuotona. Siinä on olemassa tietty teema tai teemat, mutta kysymysten muoto ja järjestys voivat vaihdella (Hirsjärvi & Hurme 2008, 203).

Haastattelut suoritettiin päiväosaston tiloissa. Haastatteluihin varattiin noin tunnin verran aika ja kestoaltaan haastattelut olivat 20- 90 minuuttisia. Haastattelu äänitettiin haastateltavien luvalla ja haastattelija teki haastattelun aikana muistiinpanoja. Haastateltavilta pyydettiin ennen haastattelua suullista lupaa haastattelun suorittamiseen ja esitettiin seuraavat tiedot: haastattelu on vapaaehtoinen ja haastateltavalla on vapaus poistua haastattelutilanteesta missä vaiheessa tahansa; haastateltavan henkilöllisyyttä ei paljasteta missään tutkimuksen vaiheessa; haastattelun tulokset käsitellään luottamuksellisesti sekä haastateltavien henkilöllisyyttä varjellen koko tutkimuksen ajan.

Haastattelun teemat olivat nousseet aiheen kirjallisuudesta. Pääteemat olivat jaettu alateemoihin sekä haastattelun avuksi oli laadittu apukysymyksiä (Taulukko 1). Haastattelussa teemat sekä alateemat antoivat haastattelun viitekehykset haastattelulle, mutta itse haastattelu meni haastateltavan tuottaman kertomuksen painotteisesti. Haastateltava painotti itse tärkeimmiksi kokemansa asiat ja avasi niitä juuri niin paljon tai vähän, kun itse koki tarpeelliseksi.

Haastattelua tuki myös päiväosastolla työskentelevän asiantuntijan laatima Microsoft Excel™-taulukko haasteltavien poissaoloista ja paikallaoloista, jota ei liitetty tähän opinnäytetyöhön potilaiden henkilötietosuojan vuoksi. Microsoft Excel™-taulukossa oli kaikki haastateltavien käynnit sekä poisjäännit heidän hoitonsa ajasta päiväosastolla. Äänityksen jälkeen aineisto litoitiin sekä teemoiteltiin.

5.3 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus

Tämän opinnäytetyön kyseessä olevalla päiväosastolla hoidetaan sekä tutkitaan mielenterveyshäiriöistä ja varsinkin masennuksesta kärsiviä potilaita. Päiväosastohoito koostuu muun muassa yksilö- ja ryhmähoidosta, toimintaterapiasta sekä perhetapaamisista. Päiväosaston toiminta tutkimuksen aikana oli viitenä päivänä viikossa alkaen aamu yhdeksältä sekä jatkuen iltapäivään. Potilaspaikkoja päiväosastolla on 15, mutta osallistujien määrä vaihtelee päivittäin riippuen potilaiden poissaolojen määrästä. Hoitojaksot määräytyivät yksilöllisesti ja hoito alkaa aina kahden viikon arviointijaksolla. Masentuneen potilaan hoidon syy kyseisellä päiväosastolla on yleensä päivärytmin palauttaminen, sisältöä päivisiin lisääminen sekä sosiaalisiin tilanteisiin altistuminen.

Kohderyhmä valittiin muutamien eri kriteerein. Tarkoituksena kohderyhmän valinnassa oli luoda heterogeeninen ryhmä, joka koostuu eri tavalla poissa päiväosastohoidosta olleista henkilöistä. Eri tavalla poissa tarkoittaa tässä kokonaan pois hoidosta jääneitä henkilöitä, välillä pois ilmoittamatta jääviä henkilöitä sekä niitä, joilla on satunnaisia poissaoloja. Ryhmän heterogeenisuus pyrittiin lisäksi muodostamaan valitsemalla haastateltaviksi demografisesti erilaisia eli tässä eri sukupuolta ja ikää olevia henkilöitä. Tavoitteena on myös valita haastatteluun sellaisia henkilöitä, jotka olivat sillä hetkellä kirjoilla päiväosastolla ja niitä, joilla hoito päiväosastolla on jo päättynyt. Näin saatiin mielipiteitä ja syitä poissaoloihin mahdollisimman eri näkökulmista.

Haastateltavien ehdokkaiden valinnan teki päiväosaston työryhmä ja haastatteluun osallistui siihen suostuneet henkilöt, joita oli yhteensä viisi. Ensimmäisellä haastateltavalla päiväosastojakso oli jo kolmas ja poissaolojen määrä vaihteli jaksoittain ja hänen hoito oli haastattelun hetkellä edelleen käynnissä. Toinen haastateltava jäi ryhmähoidosta kokonaan pois, mutta yksilökeskustelut toteutuivat säännönmukaisesti, joten hoito päiväosastolla hänenkin kohdalla jatkui. Kolmas haastateltava oli melko samanlaisessa tilanteessa kuin toinenkin, mutta eri syistä. Neljäs haastateltava oli ensimmäisellä päiväosastojaksollaan ja hänen sitoutuminen muuttui jakson edetessä. Viidennen haastateltavan hoito päiväosastolla päättyi lyhyen kokeilun jälkeen.

5.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysi tehdään joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisessa sisällönanalyysissä analyysistä nousee

käsitteitä ja tutkijan tehtävänä on kuvailla niitä sekä rakentaa kokonaisuudeksi. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä pääkäsitteet nousevat teoriaan pohjaten ja tutkimuksen aineistosta pyritään löytämään käsitteitä niiden sisälle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-97). Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi on tehty deduktiivisesti.

Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi alkoi haastatteluiden litteroinnilla (haastatteluiden puhtaaksi kirjoittamisella). Litteroitua tekstiä tuli 12 sivua. Litteroinnin jälkeen saatu aineisto käytiin monta kertaa läpi lukemalla. Jokaisesta haastattelusta nousi pääkohdat - tärkeät haastateltavalta tulevat viestit. Ne liittyivät sekä tämän opinnäytetyön pääteemaan, eli hoitoon sitoutumista edistäviin sekä estäviin tekijöihin, että muihin haastateltavien mielestä tärkeisiin asioihin. Haastattelujen litteroinnin jälkeen aineisto käsiteltiin teemoittelulla. Teemat ja alateemat muovautuivat haastateltavien vastauksista. Vastaukset käsiteltiin ainutlaatuisina sekä käsittely oli yksityiskohtaista ja monitahoista. Kriteerinä oli vastausten fokus hoitoon sitoutumiseen eikä niinkään hoidon syyhyn tai sen hyötyihin eli tutkimuskysymykseen vastaavia ja tutkimuksen tarkoituksen kannalta tärkeitä asioita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92).

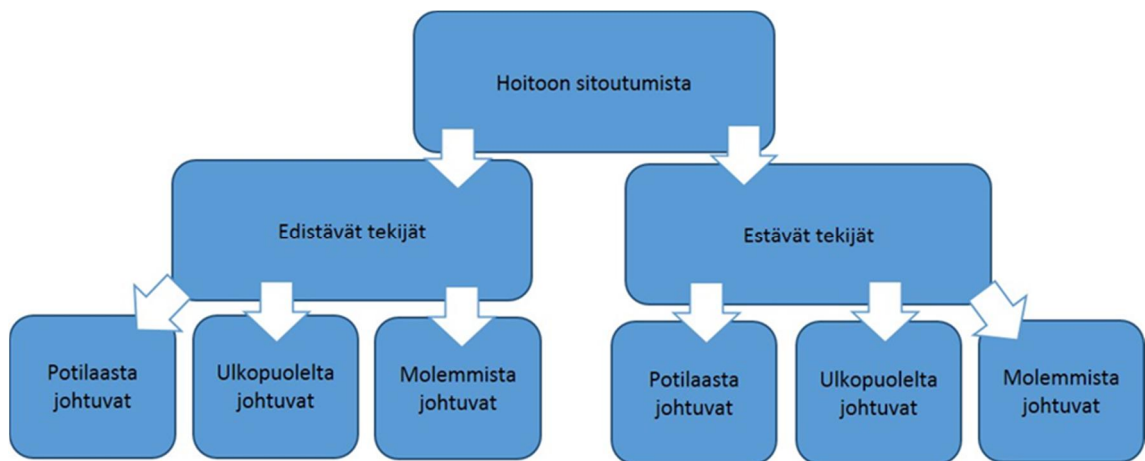
Teemoittelu alkoi haastateltavien alkuperäisten ilmaisujen otolla haastatteluista ja sijoittamisella Microsoft Excel™ - taulukkoon. Sen jälkeen jokainen ilmaisu pelkistettiin, eli lyhennettiin kertomaan vain pääkohdat, ilman ylimääräistä informaatiota. Pelkistetyille ilmaisuille muodostuivat alakäsitteet, jotka tulivat suoraan ilmaisun sisällöstä. Esimerkkinä tästä prosessista ilmaisu ”No ku mulla oli se yks aikasempi jakso tota mä muistin siitä että se oli ollut se toimi mulle tosi hyvin”, joka kuuluu pelkistettynä näin: ”Koin edellisen hoitojakson auttaneen minua”. Tästä ilmaisusta alakäsitteeksi nousi ”Potilaan positiivinen kokemus hoidosta” (Taulukko 2).

Kun kaikki haastatteluista nousseet ilmaisut olivat pelkistettyinä sekä niille muodostui alakäsitteitä, alkoi niiden ryhmittely. Käsittelyn helpottamiseksi, ryhmittely tapahtui haastattelukohtaisesti eli yksi haastattelu kerralla. Alakäsitteet, jotka viittasivat hoitoon sitoutumista edistäviin ja estäviin tekijöihin, ryhmittyivät Sabatäen (2003) viiteen osa-alueeseen, eli potilaaseen, hoitoon, järjestelmään, sosiaalisiin tekijöihin sekä tautiin. Käyttäen edellistä esimerkkiä, alakäsite ”Potilaan positiivinen kokemus edellisestä hoidosta” ryhmittyi potilaaseen liittyväksi.

Aineistosta nousi syitä, jotka olivat samanaikaisesti kahden tekijän summaa. Esimerkkinä tällaisesta on potilaan alkoholin käytön lopettaminen. Tietenkin päätös ja toiminta olivat potilaslähtöisiä, mutta päätöstä ja tekoa tuki järjestelmä. Toisin sanoen potilas ei saanut tulla päiväosastolle alkoholin vaikutuksen alaisena tai kärsien alkoholin myrkytyksen oireista, mikä tuki ja motivoi alkoholin käytön lopettamista. Näin alakäsite ”Alkoholin käytön lopettaminen” ryhmittyi potilaaseen sekä järjestelmään liittyväksi.

Ilmaisut, joille ei löytynyt alakäsitteitä jotka liittyisivät hoidon sitoutumiseen, karsiutuivat analyysistä pois. Syynä siihen on niiden tähän opinnäytetyöhön liittyvä irrelevantti tulos. Esimerkki sellaisesta on päiväosastolla ryhmissä käsiteltävät teemat, jotka eivät tuntuneen haastateltavasta mielekkäältä, mutta eivät vaikuttaneet millään tavalla hoitoon sitoutumiseen.

Alakäsitteet yhdistyivät yläkäsitteiksi Kynkään ja Hentisen (2008) erottelun mukaisesti: potilaasta johtuviin syihin sekä ympäristöstä johtuviin syihin. Mutta koska alakäsitteissä ilmeni kahden tekijän yhtäaikainen esiintyminen, piti olla jokin sitä ilmiötä vastaava käsite. Näin muodostui kolmas yläkäsite, molemmista johtuva syy. Koska syyt olivat hoitoon sitoutumista edistäviä ja estäviä, niitä ei voinut ryhmitellä saman teeman alle. Sen takia yhdistäviksi pääteemoiksi nousivatkin hoitoa edistävät tekijät sekä hoitoa estävät tekijät.



Kuvio 3: Haastattelun analyysistä nousseita hoitoon sitoutumisen osatekijöitä

6 Opinnäytetyön tulokset

Haastateltavien vastaukset kuvasivat hyvin hoitoon sitoutumista edistäviä sekä estäviä tekijöitä heidän kokemuksensa kautta ja vastasivat Kynkään ja Hentisen (2008) näkemys hoitoon sitoutumisesta. Hoitoon sitoutumista edistävät ja estävät tekijät jakoutuivat potilaasta ja ympäristöstä johtuviin. Aineistosta nousivat myös tekijät, jotka olivat sidoksissa sekä ulkoisiin että sisäisiin tekijöihin samanaikaisesti. Aineisto tarjosi myös muutakin tietoa, mitä ei tässä opinnäytetyössä otettu huomioon sen epäolennaisuuden vuoksi (esimerkkinä haastateltavan tyytymättömyys johonkin hoidon aspektiin, mutta samalla kokemus sekä käytäntö siitä, ettei se vaikuttanut hoitoon sitoutumiseen).

6.1 Hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä päiväosastohoidossa

Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät päiväosastohoidossa vastaa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät ovat eroteltuna tässä potilaasta, ympäristötekijöistä sekä molemmista samanaikaisesti johtuviksi. Potilaasta johtuvat ovat potilaan

motivaatioon, kokemukseen sekä asenteeseen liittyvät syyt. Ympäristöstä johtuvat syyt liittyvät sosiaaliseen ja taloudelliseen tukeen, hoitoon sekä terveyshuoltoon. ”Molemmista johtuvat” - kohta yhdistää jotkut potilaasta ja jotkut ympäristöstä johtuvat syyt yhteen.

Seuraavaksi esitellään potilaasta johtuvia hoitoon sitoutumista edistäviä syitä. Motivaatio oli mainittu kolmen haastateltavan kohdalla. Motivaation taustalla oli usein halu parantua ja helpottaa oloa. Se näyttäytyi eri hoitokeinojen kokeilulla, paikalle tulemisella sekä ryhmiin osallistumisella. Myös positiivinen kokemus edellisestä hoitojaksosta oli yhtenä hoitoon sitoutumista edistävänä tekijänä. Haastateltavat kertoivat motivaatiosta näin:

”Oon ottanut kaikki mahdollisuudet vastaan mitä on ollut. Et oon sillä tavalla tarttunut niihin, mitä oon jaksanut.”

”Mut kyl se niinku itestä lähtee et tulee tänne.”

”No ku mulla oli se yks aikasempi jakso tota mä muistin siitä että se oli ollut se toimi mulle tosi hyvin.”

Hoitoon sitoutuminen päiväosastolla voi erotella sitoutumiseen ryhmiin sekä yksilökeskusteluihin. Päiväosasto on ryhmäpainotteinen ja päivät osastolla rakentuvat erilaisista keskustelu- sekä toimintaryhmistä. Näiden lisäksi potilaille tarjotaan viikoittaisia yksilökeskustelumahdollisuuksia sairaanhoitajien kanssa. Potilaat tapaavat myös hoitavaa lääkäriä neljän-kuuden viikon välein voinnin arvion sekä hoitosuunnitelmataarkastuksen merkeissä. Näin myös kohderyhmän hoitoon sitoutuminen erosi riippuen siitä, oliko kyseessä sitoutuminen ryhmätoimintoihin tai yksilökeskusteluihin.

Tämän opinnäytetyön analyysistä ilmenee hoidon sitoutumisen olevan parempaa yksilökeskustelujen kohdalla. Tilanteissa, joissa huono hoitoon sitoutuminen johtui taudista tai sen oireista, esimerkiksi jaksamattomuudesta tai väsymyksestä, ei kuitenkaan näkynyt yksilökeskusteluihin sitoutumisessa. Syynä tähän oli kokemus yksilökeskusteluiden tärkeydestä ja välittömästä olon helpotuksesta sekä yksilökeskustelujen ajallinen räätälöinti niin, että potilas pääsi niihin tulemaan.

”Tänne (yksilökeskusteluihin) mä saan itteeni jotenkin kasattua.”

”Ja sit mulla on sovittuna ajat aina iltapäiväks kahden aikaan ja sit tiän et oon silloin hereillä.”

”-- kerta viikossa yksilökeskustelut, ja ne on ollu kaikein tärkeimmät -- must tuntuu vaa et mä tarvitsen kerran viikossa sen et mä pystyn jonkun täysjärkisen ihmisen kanssa puhumaan niin että joka mä tiedän että se haluaa mun pa-

rasta ja sille mä uskallan kertoa se niin mitä on tapahtunut miltä must on tuntunut. Henkilökohtaisia asioita. -- Ja mun mielestä täällä on hyvä et täällä ymmärretään ja täällä ei vähätellä ja suhtaudutaan vakavasti ja sitten täällä on sitä tietoa et mitä tää on. Sitä varten täällä voi puhua avoimesti. -- Se niin että se on ainoa hoito, mitä mä saan ja mä tiedän sen et jos mulla ei oo mitään hoitoa mä en ikinä pääse täältä suosta ylös, yksinkertaisesti en pääse."

Ulkoisiin tekijöihin tämän tutkimuksen tulosten perusteella luokitellaan potilaan läheiset, hoitohenkilökunnan sekä järjestelmä ja sen tuoma struktuuri ja sisältö. Kaikissa viidessä haastattelussa puhuttiin läheisten tuen olleen tärkeässä osassa hoidon sitoutumisessa. Läheisten tuki näyttäytyi eri tavoin, mutta kaikissa tapauksissa se kannusti hoitoon sitoutumiseen. Tuki näyttyi verbaalisessa kannustamisella, lähtemisen tukemisella sekä jopa erolla uhkaamisella.

"-- se (vaimo) rupes kans vähän vihjailee et nyt jos ei jotain tapahdu niin niin hän ottaa kimpsut ja kampsut -- hän on semmonen että aamulla niin kuin potkii mua ylös ja siinä tuo kahvia ja aamupalaa."

"Oikeastaan kaikki (tuki), mun lapset, miesystävä, et sinne vaan."

" -- sitten kotiväki, et mun vanhemmat ku mä asun heidän luona. Kyl ne kannusti siihen (hoitoon)."

"Mulla oli yhdessä vaiheessa aika huono vaihe parin viikon ajan -- Menin poikaystävän kaa mökillä nii sai rauhoittuu siellä ja pystyi taas tule."

"Oma perhe. Ne ovat tukeneet ja ovat todella vihaisia niinä päivinä ku en oo pystynyt tule, että "nyt pitäisi käydä". Et ne vähän niin kuin valvoo."

Läheisten tuen lisäksi ympäristötekijöistä omahoitajan tuen on koettu edistävän hoitoon sitoutumista. Haastattelussa puhutaan omahoitajan kannustamisesta sitoutumaan sekä hyvästä hoitosuhteesta. Siitä on ollut mainintaa kahden haastateltavan kohdalla.

"Oli joo, meillä synkkas todella hyvin et pystyin puhua niin kuin se on mitä mieleen tulee miettimättä tarkemmin ja meillä on samanlainen huumorintaju.--Et nyt on sellainen hoitosuhde että voi itkeä jos itkettää ja kehtaa puhua kaikista asioista."

"Mun oma sairaanhoitaja oli semmonen -- Kyl ne kannusti siihen (paikalle tulemiseen)."

Yksi haastateltava mainitsi myös hoitohenkilökunnan ymmärtäväisen suhtautumisen poissaoloihin hoitoon sitoutumista edistäväksi syyksi.

" Kyl mun mielestä on ja sit ku vaik on pois nii ei raivota tai mitään sellaista se on sillai kivaa kans. "

Tärkeä ympäristöstä johtuva tekijä on myös päiväosastossa oleva struktuuri. Tärkeäksi koettiin valmiin sisällön olemassaolon. Sen merkitystä on kuvattu seuraavasti:

" Oon kuullut että silloin oli ihan avointa (toimintaa päiväosastolla). Jos mä siihen vertaan, niin mä en olis sellaisesta olisi hyötynyt silloin. Esim Kelliksellä oli just sellaista. Siinä vaan haahuiltiin päivät. Sit syötiin ja sit taas haahuiltiin. Porukka istui kattomassa telkkaria. "

"Jos olisin ollut siinä kunnossa, että olisin pystynyt käymään siellä, kyllä mun mielestä se on ihan hyvä, et se menee määränpäättä kohti."

"Molemmista johtuviksi syiksi" tärkeimmäksi voi luokitella hoidon vaikuttavuuden ja haastateltavan kokemuksen siitä. Myös mielekäs sisältö oli hoitoon sitoutumista edistävä tekijä. Järjestelmä mahdollistaa erilaisten sisältöjen olemassaolon sekä velvoittaa osallistumiseen ja potilas osallistumalla kokee siitä hyödyn. Kolme kahdesta haastateltavasta mainitsi hoidon vaikuttavuuden ja kokemuksen hyödystä motivoineen tulemaan paikalle.

"No kyllä mä olin niin, koska aamulla joutui tänne tulemaan, joutui, pääisi, ihan miten vaan, niin se oli se loppupäivä oli niin kuin paljon pirteempi, pystyi tekee asioita."

"Kai sitä sitten huomasi, että se on jollakin tavalla palkitsevaa, ku pääsee aamulla lähteä sieltä neljän seinän sisältä pois. Että se oli jo palkitsevaa, että pääsee sieltä lähtemään. Et on se vähän niin kuin toimintakykyä parantanut ja selvästi aiemminhan mun oli vaikeaa päästä ruokakauppaan, jopa et ku oli niin siinä yksin neljän seinän sisältä. Nyt pystyy ole jotenkin tuolla ja vaikka se vieläkin ahdistaa tuolla kaupungilla olo nii ei se kuitenkaan ylitsepääsemätön esteenä nii kyllä se on varmasti auttanut. Et pysty olla ihmisten ilmoilla."

Hoidon vaikuttavuus näkyy myös sopivassa lääkehoidossa. Se on tarjonnut helpotusta oireisiin ja myös parempaa mahdollisuutta hoitoon sitoutumiseen. Lääkehoito on ulkoinen tekijä, joka tulee suoraan hoidosta, mutta sitä voi tarkastella myös potilaan näkökulmasta. Potilas on se, josta lääkehoidon toteuttaminen on kiinni. Sitoutuminen lääkehoitoon on myös yksi hoitoon sitoutumisen aspekti.

"-- sitten toi uusi lääkitys (vaikutti hoitoon sitoutumista estäviin oireisiin). -- Ja seki on (vastuun ottamista), että mä syön lääkkeeni."

Muita useammasta tekijästä koostuvia syitä olivat esimerkiksi alkoholin liikkakäytön lopettaminen. Tietenkin päätös lopettamiselle sekä itse teko olivat potilaslähtöisiä, mutta syyksi siihen oli päiväosaston järjestelmä sekä säännöt. Haastattelussa se tuotiin ilmi näin:

"Nii sitten ku on ollut pakko lähtee ja mä en oo voinu juoda, eihän täällä sitten katota jos mä oon krapulassa tai kännissä ja näin -- No varmaan suurimmat on se (auttanut), että sain korkin kiinni --"

Järjestelmä palveli säännöillään myös haastateltavien velvollisuuden tunteen syntymistä. Haastatteluista nousi muutamassa kohdassa velvollisuuden tunteen merkitys paikalle tulemisessa. Haastateltavat ovat antaneet tunteelle merkityksen ja toimineet sen mukaisesti, mutta järjestelmä oli velvollisuuden tunteen herättäjänä.

"Semmonen velvollisuudentunto. Et ne saattoi olemaan sit sellaisia parempia päiviä tai parempia aamuja et niin kuin pystyi lähtemään vaikka se nyt oli aika vaikeeta mut kuitenkin pystyi niinä aamuina. "

"Joo, silloin mä jaksoin käydä jotenkin.. Tietysti arviointijakso olikin nii piti-kin käydä joka päivä, mutta.. Kyl se vähän on muuttunut sille, ettei pakota itseensä niin helposti sitten lähtemään."

6.2 Hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä päiväosastohoidossa

Hoitoon sitoutumista estävät tekijät päiväosastohoidossa vastaa toiseen tutkimuskysymykseen. Hoitoon sitoutumista estävät tekijät luokiteltiin samalla tavalla kuin edistävät – potilaasta, ympäristöstä sekä molemmista johtuviksi. Vastauksissa sisäisiä tekijöitä haastateltavat osasivat nimetä eniten. Yleisimmäksi syyksi poissaoloihin nousi väsymys sekä nukkuminen liian pitkään. Se on johtunut sekä masennuksen aiheuttamasta väsymyksestä, univaikeuksista, väsyttävästä lääkityksestä sekä jaksamattomuudesta. Väsymys, unihäiriöt ja jaksamattomuus ovat masennuksen oireita. Toisaalta, lähteminen ja itseään motivointi on potilaasta lähtevät ominaisuudet. Myös muun muassa unta tukeva tai tasaava lääkitys saattaa väsyttää vielä aamulla.

"Mut on mulla ollut sellaisiakin (poissaoloja) pari että tota mä oon ollut nukkunut ihan mielettömän huonosti ja sit olin ottanut aamuyöstä unilääkkeitä ja.. ja sitten sit vaan nukkunut tota myöhään."

"Välillä oon niin masentunu ja välillä niin väsynyt ei yksinkertaisesti kyennyt lähtemään."

"Ku on ollu niin väsynyt nii ei vaa pystynyt heräämään nii on nukkunut johonkin kahteen päivällä ja sitten voi olla niin huono päivä et ei vaan pysty tule."

Sillai että ei pysty lähtee mihinkään sinä päivänä, sä vaan makaan ja tuljotat tyylii kattoo ja ahdistaa tosi paljoon. Ja sit ei vaa pysty."

"Suurin syy et on nukkunut liian pitkään, tavallaan nukkunut pommiin."

Kaksi haastateltavaa kokivat olleensa ylipäättään liian huonossa kunnossa päiväosaston toimintaan nähden. He kokivat olleensa väsyneitä ja jaksamattomia päivien päätteeksi, mikä on hoidon päinvastainen tarkoitus. Heidän kohdallaan päiväosastohoito ei tuottanut haluttuja tuloksia ja osallistuminenkin jäi sen vuoksi vähäiseksi. Myös muiden kohdalla ajoittainen liian huono psyykkinen vointi oli esteenä paikalle tulemiselle.

"Mun mielestä mä olin aika hiton huonossa kunnossa -- en oikeastaan jaksanut edes pestä hampaita tai käydä suihkussa enkä käydä kaupassa eikä mitään niin en jaksanut joka aamu lähteä tänne -- mä en niinku nauttinu millään tavalla, en saanut mitään hyvää irti siitä ryhmässä olemisesta -- Ilmeisesti en ollut valmis siihen."

"En uskaltanu ees omalle pihalle mennä. Et se oli niin kuin et sitä varten siitä ne poissaolot johtu. Mä en halunnut tulla."

"Aamulla klo 9 alkoi aamukokouksella mutta sit ku mulla oli herätyskello soimassa vähän ennen kahdeksaa nii mä totesin et en tänään pysty, musta ei oo lähtiäkseen."

Päiväosaston struktuuriin liittyi myös hoitoon sitoutumista estäviä syitä. Muun muassa pitkät tauot toimintojen välissä tuntuivat osallistujista hankalilta. Pitkät tauot johtivat myös poislähtemiseen keskellä päivää.

"20-25 min istutaan vaa nii mä oon häippässy ku on ruvennu ottaa päähän."

Toinen päiväosaston struktuuriin liittyvä hoitoon sitoutumista estävä syy oli liian lyhyet päivät. Tätä voi kuitenkin tarkastella myös potilaan sisäisten syiden näkökulmasta; järjestelmään ei ollut syyllisenä huonosti nukuttuun yöhön.

"Nii sitä ei aina ois ehtiny ku vaa jokski puoleks tunniks ku nää päivät on niin lyhyitä."

Muita hoitoon sitoutumista estäviä syitä olivat potilaan muut terveyshoitoon liittyvät menot sekä henkilökohtaiset menot. Henkilökunnan käytös yhdessä välikohtauksessa vaikutti yhden potilaan kohdalla päiväosaston toimintaan osallistumiseen.

" Ja sit semmosen vielä et tota miten must oli aika ikävä tapahtuma tässä että mä en nyt ihan tiedä miten kaikki siinä tapahtui mutta mä oli paikalla siinä ku yks hoitaja rupes väittelee yhen potilaan kanssa ja se potilas sittenmin on lopettunut täällä -- Mä en mennyt kahtena seuraava kertana siihen ryhmään ja sit mä kuulin et siinä ryhmässä ei ollut paikalla se tyyppi niin sit mä menin. "

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa masennuspotilaan päiväosastohoitoon sitoutumista edistäviä sekä estäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa masennuspotilaan päiväosastohoitoon sitoutumista edistävästä sekä estävästä tekijöistä. Tämän opinnäytetyön tutkimus ja sen tulokset sekä niiden esittäminen vastasivat tarkoitusta ja tavoitetta. Ne myös vastasivat opinnäytetyön kysymyksiin, joita olivat: mitkä ovat masennuspotilaan hoitoon sitoutumista päiväosastohoidossa edistäviä tekijöitä ja mitkä estäviä.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymyksiin lähestyttiin potilaiden näkökulmasta. Tulokset osoittivat hoitoon sitoutumisen johtuvan monen tekijän summasta. Tuloksissa nousseita edistäviä ja estäviä tekijöitä löytyi sekä potilaan sisäisistä, että ulkoisista tekijöistä. Tutkimuksen kautta syntyi myös sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä yhdistävä teema, joka nimettiin molemmista johtuvaksi.

Potilaasta johtuvia hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä tämän opinnäytetyön tutkimuksen mukaan olivat motivaatio, aikaisemmat positiiviset kokemukset sekä asenteet. Myös kirjallisuudessa sekä tutkimuksissa, jotka liittyvät hoitoon sitoutumiseen, korostetaan potilaan asenteita sekä sisäistä motivaatiota (muun muassa Miller & Rollnick 2012). Ne potilaat, joilla oli kokemus edellisen hoitajakson hyödyistä, suhtautuivat hoitoon myönteisesti sekä toiveikkaasti. Halu helpottaa olonsa oli yhtenä keskeisenä sisäisen motivaation perustana. Myös välitön olon helpottuminen motivoi jatkamaan ja sitoutumaan hoitoon.

Ulkoisista tekijöistä kaikki haastatteluun osallistujat mainitsivat läheisten tuen olleen tärkeässä roolissa hoitoon sitoutumisessa. Läheiset tukivat sitoutumista kannustamalla emotionaalisesti sekä konkreettisesti. Haastateltavat kertoivat kokeneensa saaneen tukea hoitoon sitoutumiseen myös omahoitajalta. Kirjallisuudessa puhutaan allianssista sekä läheisten tuesta, jotka edistävät hoitoon sitoutumista (Eloranta & Virkki 2011). Läheisten ja hoitohenkilökunnan tuki oli yhtenä osa-alueena myös Sabatäen (2003) että Kynkään ja Hentisen (2008) kirjoissa. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tulos tukee ulkoisen tuen tärkeyttä sekä sen vaikutusta hoitoon sitoutumiseen.

Muista ulkoisista tekijöistä hoitoon sitoutumisen kannalta vaikuttavana pidettiin päiväosaston struktuuria. Sen merkitys näyttäytyi tämän opinnäytetyön tutkimuksen tuloksissa niin, että

valmis sisältö tuki osallistumista ja sitoutumista sekä vahvasti potilaiden velvollisuuden tunnetta. Myös hoidon yksilöllinen ajallinen räätälöinti tuki yhden haastateltavan hoitoon sitoutumista.

Molemmista johtuvia hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä, jotka nousivat tämän opinnäytetyön tuloksista, olivat sopiva lääkehoito, alkoholin liikkakäytön lopettaminen sekä kokemus hoidon vaikuttavuudesta. Sekä ulkoisilla, että sisäisillä tekijöillä oli vaikutusta näihin asioihin. Sopivan lääkehoidon löytyminen on hoidon ansiota, mutta säännöllinen lääkehoidon toteuttaminen on riippuvainen potilaasta. Samoin alkoholin liikkakäytön lopettaminen on lähtöisin potilaasta, mutta syy siihen löytyy päiväosaston säännöistä eli toisin sanoen terveydenhuollon järjestelmästä. Kokemus hoidon hyödystä on potilaan ominaisuus, mutta sen on mahdollistanut hyvä ja sopiva hoito.

Estävistä tekijöistä eniten mainittiin väsymys. Väsymystä voi tarkastella sairaudesta aiheutuva oireena tai potilaan käytöksestä johtuvana tekijänä. Väsymys johtui sekä unihäiriöistä, väsyttävästä lääkehoidosta, että masennuksesta. Väsymys esti paikalle tulemistä merkittävästi.

Tutkimusten mukaan hoidon oikea-aikaisuus takaa sen vaikuttavuuden (Orlinsky 2010). Tämän opinnäytetyön tutkimuksen kaksi osallistujaa olivat liian huonossa voinnissa päiväosaston vaimuksiin verrattuna. Näiden potilaiden kohdalla päiväosaston tarjoama hoito ei tuottanut haluttuja tuloksia eikä siis ollut ajankohtaisesti sopiva.

Ulkoisista tekijöistä haastateltavat kokivat päiväosaston struktuurin olleen hankala liian aikaisen aloituksen sekä liian pitkien taukojen vuoksi. Haastateltava, jolle tapaamiset pystyttiin räätälöimään yksilöllisesti, sitoutui hyvin hoitoon. Yksilöllinen hoidon räätälöinti ei täysin onnistunut kaikkien kohdalla terveyshuollon järjestelmän vuoksi ja heikensi osaltaan hoitoon sitoutumista.

Ulkoisista tekijöistä mainittiin muiden sairauksien hoito. Yksi haastateltava oli paljon poissa somaattisten ongelmien vuoksi ja niiden hoitaminen tapahtui toisessa hoitopaikassa eikä hän ei niinä päivinä päässyt osallistumaan päiväosastotoimintaan. Tämä tukee väitettä siitä, että hoidon pirstaleisuus vaikeuttaa hoitoon sitoutumista.

Yhteenvetona tämän opinnäytetyön tuloksista edistäviksi tekijöiksi voi nimetä potilaiden omat asenteet, motivaation sekä aikaisemmat kokemukset ja toivo paremmasta. Ulkoisista tekijöistä merkittäviä oli läheisten sekä hoitohenkilökunnan emotionaalinen sekä konkreettinen tuki ja hyvä hoitosuhde. Myös hoidon struktuuri ja sisältö vaikuttivat positiivisesti hoidon sitoutumiseen. Estävinä tekijöinä olivat potilaan kohdalla liian huono psyykkinen vointi sekä väsymys. Muita tekijöitä oli hoidon pirstaleisuus, jäykkä järjestelmä yksilöllisen hoidon räätälöinnin osalta sekä hoidon oikea-aikaisuus.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimusten luotettavuutta yleensä arvioidaan reliaaabeliuden eli toistettavuuden sekä validiuden eli pätevyyden avulla. Nämä menetelmät ovat paremmin soveltuvia määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Laadullisessa tutkimuksessa usein halutaan tutkia subjektiivisia kokemuksia sekä löytää uusia yllättäviäkin näkökulmia. Sen takia laadullisessa tutkimuksessa ei ole yleisiä luotettavuuden arviointimenetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 232; Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi yleistettävyyden sekä siirrettävyyden avulla. Yleistettävyydellä tarkoitetaan tapaa tarkastella tuloksia yksityistapausta yleisemmällä tasolla. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten sitä muotoa, jolla ne voidaan siirtää muihin tilanteisiin tai kohteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138.)

Yleistettävyys näkyy tämän opinnäytetyön sisällönanalyyysivaiheesta alkaen. Haastateltavien vastaukset teemoiteltiin ja sitä kautta tuotiin yleiselle tasolle. Taustana on ollut hoitoon sitoutumisen teoria, joka käsittää hoitoon sitoutumisen riippuvan eri osa-alueista. Opinnäytetyön vastaukset sijoittuivat niihin osa-alueisiin ja siirtyivät yksittäistapauksista yleiselle tasolle. Siirrettävyyttä tämän opinnäytetyön tutkimuksen tuloksissa tukee tutkimusprosessin tarkka kuvailu sekä haastattelun pohjana käytetyt kysymysten esittely (Taulukko 1). Myös analyysivaihe on kuvailtu asteittain.

Vilkan (2015) mukaan laadullinen tutkimus on luotettava silloin, kun ”tutkimuksen tutkimuskohde ja tutkittu materiaali ovat yhteensopivia eivätkä satunnaiset tai epäolennaiset tekijät ole vaikuttaneet teorianmuodostukseen”. Hän jatkaa, että laadullisen tutkimuksen tekijä on tehnyt koko tutkimusprosessin aikana valintoja, jotka vaikuttavat lopputulokseen. Luotettavan työn kohdalla tekijä pystyy kertomaan, mistä ne valinnat on tehty, mitkä ne valinnat ovat sekä miten niihin on päätynyt. Lopuksi ratkaisut tulee arvioida tarkoituksen ja tavoitteiden toimivuuden kannalta.

Tämän opinnäytetyön luotettavuuteen liittyvät kysymykset käsittelevät tutkimusprosessin kaikkia vaiheita. Tämän opinnäytetyön valinnat liittyivät kohderyhmän valintaan sekä aiheen rajaamiseen, riittävän teorian tiedon keräämiseen, sen soveltaminen haastattelun laatimiseen, haastattelun suorittamiseen, analysointiin sekä tulosten muodostumiseen ja niiden tarkasteluun.

Kohderyhmän valinta oli päiväosastontyöryhmän tekemä. Heillä on ollut tieto haastateltavien taustatiedoista sekä käyntien frekvenssistä, jonka perusteella valinta oli tehty. Valinta päättyi erilaisiin tapauksiin sekä siihen, että haastateltavat suostuivat haastatteluun. Kaikilla haastateltavilla oli haastatteluun valinnan aikana jonkinlainen kontakti päiväosastoon; joko heidän hoitojakso oli vielä meneillään tai he kävivät yksilökeskusteluhoidossa. Tämä on vaikuttanut

haastateltavien valintaan ja osaltaan voinut heikentää tulosten luotettavuutta suunnitellun otoksen vuoksi. Mutta koska tämä tutkimus on fenomenologinen, tutkimuksen fokus oli autenttisten vastausten käsittelyssä, mihin haastateltavien valinta ei vaikuttanut.

Teoria toimi tukena haastattelun struktuurin laatimisessa sekä tulosten vertailussa. Teorian hankinta alkoi opinnäytetyön aiheen löydettyä ja tarkentui sekä laajeni koko prosessin aikana. Riittävät lähteet opinnäytetyön teon alussa olisivat varmistaneet tutkimuksen luotettavuutta, niitä kuitenkin tuli lisää koko tutkimuksen aikana. Myös osa lähteistä on yli kymmenen vuoden vanhoja, minkä voi tulkita vanhentuneeksi tiedoksi. Ne lähteet on kuitenkin arvioitu ajankoh- taisiksi siksi, että niissä oleva tieto on yhteneväinen muiden lähteiden kanssa, mutta sen fo- kus on hieman eri kohdissa.

Haastattelun rungon kysymykset perustuivat teoriaan, mutta olivat laajoja ja avoimia (Tau- lukko 1), jotta teemahaastattelun kriteerit täyttyisivät. Haastattelut etenivät hieman eri ta- voin haastateltavien vastaustyyleistä riippuen ja erilaiset aiheet korostuivat eri tavoin haas- tatteluiden aikana. Tämä palveli tutkimuksen tarkoitusta. Haastattelijan kokemattomuus haastattelemisessa sekä ennakkotieto päiväosaston toiminnasta on saattanut vaikuttaa tutki- muksen luotettavuuteen – haastattelija on saattanut tulkita jotkut haastattelun vastaukset perustuen ennakkotietoon tai jättää tärkeät kohdat haastattelussa huomaamatta. Toisaalta, kaikki haastattelun vastaukset on tuotu näkyviksi tähän opinnäytetyöhön ja analyysivaiheessa niistä on etsitty teoriaa vastaavia teemoja ja tulkinnat liittyivät ainoastaan niihin.

Tutkimuksen tulokset tulee siirtää takaisin siihen kontekstiin ja niihin rajattuihin aiheisiin, mitä on lähdetty. Käytännössä tämä tarkoittaa vertailua tulokset alkuperäisiin lähteisiin – kir- jallisuuteen sekä tutkimuksiin. Sitä on tehty Tulosten tarkastelu- osuudessa, jossa haastatte- luista saadut tulokset verrattiin aiheeseen liittyviin lähteisiin. Opinnäytetyön tekijä on pelkis- tänyt haastateltavien vastaukset ja tulkinnut niitä teoriaan pohjaten. Koska opinnäytetyön te- kijällä ei ole aikaisempaa kokemusta tutkimusten teosta ja tutkimus on laadullinen ja näin sen analyysi on tapauskohtainen, toinen tutkija saattaisi tehdä tutkimuksen eri tavoin. Tässä opinnäytetyössä valinnat liittyen tutkimusmenetelmään, analyysiin ja vastausten tulkintaan on perusteltu ja sekä tuotu näkyviksi kaikissa tutkimuksen vaiheissa.

7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä tulee arvioida koko tutkimusprosessin aikana (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Tämän opinnäytetyön eettiset kysymykset liittyvät haastateltavien tietosuojaan opinnäytetyötä tehdessä sekä toimintatapojen rehellisyyteen ja työn läpinäkyvyyteen. Seu- raavaksi esitellään toimet, joilla tutkimuksen eettisyys on varmistettu.

Eettinen lupa tähän opinnäytetyöhön sisältyy ”Ei tullut; selvitys käyttämättä jääneistä vastaanottoajoista ja suunnitelma niiden vähentämiseksi” tutkimukseen, joka on PAAVO-projektin alahanke. Ennen haastattelujen aloittamista haastateltavilta on kysytty suullinen lupa haastattelun tekoon, sen äänitykseen ja tietojen käyttöön tämän opinnäytetyön tutkimuksessa. Haastateltaville on myös esitetty seuraavat tiedot: haastattelu on vapaaehtoinen ja haastateltavalla on vapaus poistua haastattelutilanteesta missä vaiheessa tahansa; haastattelun henkilöllisyyttä ei paljasteta missään tutkimuksen vaiheessa; haastattelun tulokset käsitellään luottamuksellisesti sekä haastateltavien henkilöllisyyttä varjellen koko tutkimuksen ajan.

Haastateltaviin liittyvät tiedot on pidetty salassa koko tutkimuksen aikana. Haastatteluihin liittyvät materiaalit käsiteltiin tietosuojaa varjellen ja tuhoitiin tutkimuksen valmistuttua. Haastateltavien henkilötietoja ei paljastettu myöskään tulosten esittämisen yhteydessä.

Kaikki tutkimuksen vaiheet on kuvattu tässä opinnäytetyössä. Myös haastattelun runko (Taulukko 1) sekä sisällönanalyysin lopullinen versio (Taulukko 2) ovat tässä opinnäytetyössä näkyvillä. Teoria, jonka pohjalta tämän opinnäytetyön tutkimus on tehty, perustuu tässä opinnäytetyössä oleviin lähteisiin. Tällä on pyritty turvaamaan opinnäytetyön läpinäkyvyyttä sekä tuomaan esiin toimintatapojen rehellisyys.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät voivat olla komplekseja ja riippua eri tekijöistä samanaikaisesti. Tämä ilmenee sekä kirjallisuudesta, että tämän opinnäytetyön tutkimuksesta. Tätä tietoa voi hyödyntää terveydenhuollossa esimerkiksi niin, että vaikuttamalla ja panostamalla ulkoisiin hoitoon sitoutumista edistäviin tekijöihin pystyy vaikuttamaan myös potilaan sisäisiin tekijöihin ja näin lisätä kokonaisvaltaista hoitoon sitoutumista.

Koska kaikki haastateltavat mainitsivat läheiset tärkeäksi voimavaraksi ja heiltä saadun tuen merkitykselliseksi, tämän tiedon voisi käyttää myös hoidon sitoutumista ajatellen. Lisäksi oli mielenkiintoista huomata, että niiden haastateltavan kohdalla, jotka eivät kokeneet ryhmähoidosta hyötyä, yksilökeskustelut olivat tärkeässä osuudessa sekä sitoutuminen niihin oli säännöllistä. Olisiko tämä ilmiö erilainen, jos ryhmähoitoa ei tarjottaisi heille ollenkaan? Tämä voisi olla yksi jatkotutkimuksen kysymyksenä.

Hoidon ajankohtaisuus on tullut esille sekä kirjallisuudessa, että tämän opinnäytetyön tutkimuksessa. Jos potilas on ollut liian huonossa voinnissa hoidon tavoitteisiin ja sisältöön nähden, se ei tuota tarvittavia tuloksia. Myös tilanteessa, jossa potilas ei ole motivoitunut hoitoon, hoito ei ole vaikuttavaa. Jatkossa voisi tutkia, miten päiväosastohoidon tai muun hoidon ajankohtaisuutta voi arvioida tarkemmin.

Lähteet

Painetut lähteet

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Buus, N., Johannessen, H. & Stage, K. B. 2012. Explanatory models of depression and treatment adherence to antidepressant medication: a qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies* 10/49, 1220-1229.

Cromley, T. & Lavigne, J.V. 2008. Predictors and consequences of early gains in child psychotherapy. *Psychotherapy* 45(1), 42-60.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Kampman, O., Heiskanen, T., Holli, M., Huttunen, M. O. & Tuulari J. 2015. Masennustilojen yleisyys ja merkitys. *Masennus* 16.4.2015. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S & Bickman, L. 2006. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Hirvonen, E. & Kyngäs, H. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Lönnquist, J. 2015. Itsetuhoajatukset ja masennus. *Masennus* 16.4.2015. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lönnquist, J. *Psykiatria*. 2017. Helsinki: Duodecim.

Miller, W. R. & Rollnick, S. 2012. *Motivational Interviewing. Third Edition. Helping People Change*. New York: Guilford Press.

Myllärniemi, J. 2015. Miltä vakavasti masentuneesta tuntuu? Masennus 16.4.2015. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mohr, D. C., Duffecy, J., Ho, J., Kwasny, M., Cai, X., Burns, M. N. & Begale, M. 2013. A Randomized Controlled Trial Evaluating a Manualized TeleCoaching Protocol for Improving Adherence to a Web-Based Intervention for the Treatment of Depression.

Niemelä, S. 2015. Päihdeongelman ja masennuksen samanaikaisuus. Masennus 16.4.2015. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Oksanen, J. 2014. Motivointi työvälineenä. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Orlinsky, D.E. 2010. Foreword. Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. & Hubble, M. A. (toim.). The Heart and Soul of change. Washington: American Psychological Association.

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Aikakusikirja Duodecim 5/2007. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Sabatê, E. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen: näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki: Lääketietokeskus.

Safren, S. A., Gonzalez, J. & Soroudi, N. 2008. Coping with Chronic Illness, Therapist Guide: A Cognitive-Behavioral Approach for Adherence and Depression. New York: Oxford University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M., Hätönen, H. & Ranta, I. (toim.) 2014. Uudistuva mielen-terveystyö. Helsinki: Fioca.

Sähköiset lähteet

Alhewiti, A. 2014. Adherence to Long-Term Therapies and Beliefs about Medications. Int J Family Med. 13.2.2014. Viitattu 5.12.2017. <https://www.hindawi.com/archive/2014/479596/>

ETENE 2009. Mielenterveysetiikka - Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Viitattu 5.12.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisu+25+Mielenterveysetiikka++Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d>

Filippidou M., Lingwood S. & Barnet I. 2014. Reducing non-attendance rates in a community mental health team. BMJ Quality Improvement Reports 12.9.2014. Viitattu 5.12.17.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27493741>

Finlex, oikeusministeriön oikeudellinen tietokanta. Viitattu 26.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Huttunen, M. O. 2015. Mielenterveyden häiriöt. Duodecim Terveyskirjasto 11/2015. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 28.11.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002&p_hakusana=Mielenterveyden%20h%C3%A4iri%C3%B6t

Kela, Suomen kansaneläkelaitos. Viitattu 1.12.17. <http://www.kela.fi/maara-ja-omavastuu-1.1.2016>

Käypä hoito suositus 2017. Depressio. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.1.2018
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023#NaN>

Mielenterveystalo. Kohti muutosta. Masennuksen omahoito. Viitattu 8.1.2018.
https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/masennuksen_omahoito/Pages/osio2.aspx

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 17.11.2017
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Masennus. Viitattu 8.1.2018.
<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Miten tästä eteenpäin? Viitattu 5.12.2017. file:///C:/Users/HUS94298095/Downloads/URN_ISBN_978-952-302-538-7.pdf

Kuviot

Kuvio 1: Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä Hentisen ja Kynkään mukaan (2008, 26)	12
Kuvio 2: Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia osa-alueita Sabatâen mukaan (2003, 27)	12
Kuvio 3: Haastattelun analyysistä nousseita hoitoon sitoutumisen osatekijöitä	20

Taulukot

Taulukko 1: Haastattelun teemat	37
Taulukko 2: Haastatteluanalyysin taulukko	45

Liitteet

Liite 1: Haastattelun teemat	37
Liite 2: Haastatteluanalyysin taulukko	38

Liite 1: Haastattelun teemat

Teema	Apukysymykset	Avainsanat
Hoitoon motivoituneisuus	Miten motivoitunut olet/ olit hoitoon? Kuinka tärkeäksi koet/ koit hoidon päiväosastolla? Mitkä asiat saivat sinua tulemaan päiväosastolle? Mitä hyötyjä luulet säännöllisistä käynneistä olevan? Mitä haittoja?	Hoidon tärkeys, ymmärrys sairau- den vakavuudesta
Poissaolojen syyt	Mitkä asiat estivät sinua tulemasta? Mitä sinä ajankohtana tapahtui? (diag- rammi poissaoloista)	Potilaasta, hoito- paikasta, taloudel- lisesta tilanteesta, sairaudesta johtu- vat, hoidosta joh- tuvat
Voimavarat	Mitkä henkilöt ovat tukeneet Sinun osallistumistasi hoitoon? Mitkä asiat ovat tukeneet Sinun osal- listumistasi hoitoon?	Läheiset, omaiset, vertaistuki, harras- tukset, työ, tavoit- teet, unelmat, toivo
Oma osuus hoidossa	Oletko päässyt vaikuttamaan hoitoosi ja sen suunnitelmaan? Miten vaikutit? Millä tavalla haluaisit vaikuttaa enem- män? Millaisen sinun osuuden hoidossa pi- täisi olla? Millainen se on ollut? Miksi?	Kumppanuussuhde, ohjaus, dialogi

Taulukko 1: Haastattelun teemat

Liite 2: Haastatteluanalyysin taulukko

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakäsite	Yläkäsite	Yhdistävä teema
<p>1. "No ku mulla oli se yks aikasempi jakso tota mä muistin siitä että se oli ollut se toimi mulle tosi hyvin."</p> <p>2. "Kyllähän se on jo vastuun ottamista, että raahaan itteeni tänne joka päivä ja jos en tuu oon velvollinen ilmoittamaan siitä."</p> <p>3. "Oon ottanut kaikki mahdollisuudet vastaan mitä on ollut. Et oon sillä tavalla tarttunut niihin, mitä oon jaksanut. Paitsi sitten noi päiväosaston ryhmät."</p> <p>4. "Tänne (yksilökeskusteluihin) mä saan itteeni jotenkin kasattua."</p> <p>5. "Mut kyl se niinku itestä lähtee et tulee tänne. "</p>	<p>1. Koin edellisen hoitojakson auttaneen minua.</p> <p>2. Otin vastuuta omasta hoidosta.</p> <p>3. Olen kokeillut kaikkia minulle tarjottavia hoitomuotoja.</p> <p>4. Olin motivoitunut tulemaan yksilökeskusteluihin.</p> <p>5. Oma motivaatio on keskeinen.</p>	<p>1. Positiivinen kokemus edellisestä hoidosta (potilas)</p> <p>2. Vastuun otto (potilas)</p> <p>3. Sitoutuminen hoitomuotoihin, joita vointi salli (potilas)</p> <p>4. Oma motivaatio (n=2) (potilas)</p>	Potilaasta johtuvat	Hoitoa edistävät tekijät

<p>1. "se (vaimo) rupes kans vähän vihjailee et nyt jos ei jotain tapahdu niin niin hän ottaa kimpsut ja kampsut, -- hän on semmonen että aamulla niin kuin potkii mua ylös ja siinä tuo kahvia ja aamupalaa"</p> <p>2. "Oon kuullut että silloin oli ihan avointa (toimintaa päiväosastolla). Jos mä siihen vertaan, niin mä en olis sellaisesta olisi hyötynyt silloin. Esim Kelliksellä oli just sellaista. Siinä vaan haahuiltiin päivät. Sit syötiin ja sit taas haahuiltiin. Porukka istui kattomassa telkkaria."</p> <p>3. "Oikeastaan kaikki (tuki), mun lapset, miesystävä, et sinne vaan."</p> <p>4. "Mun oma sairaanhoitaja oli semmonen ja sitten kotiväki, et mun vanhemmat ku mä asun heidän luona. Kyl ne kannusti siihen (paikalle tulemiseen)."</p> <p>5. "Ja sit mulla on sovittuna ajat aina iltapäiväks 2 aikaan ja sit tiän et oon silloin hereillä."</p> <p>6. "Mulla oli yhdessä vaiheessa aika huono vaihe parin viikon ajan -- Menin poikaystävän kaa mökillä nii sai rauhoittuu siellä ja pystyi taas tulee."</p>	<p>1. Vaimo uhkaili lähdöllä ja tuki päiväosastolle tuloa heittäämällä minut ja valmistamalla aamupalaa</p> <p>2. Se, että päiväosasto on strukturoitu tuki sitoutumista</p> <p>3. Läheiset tukivat hoitoon sitoutumista.</p> <p>4. Läheiset ja omahoitaja kannustivat hoitoon</p> <p>5. Pääsin yksilökeskusteluihin iltapäivällä</p> <p>6. Psyykkinen vointi huononi, niin en tullut. Poikaystävän tuen avulla vointi taas koheni.</p> <p>7. Poissaoloista huolimatta hoitoon on helppo tulla, koska poissaoloista ei syytetä.</p>	<p>1. Läheisen tuki (n=5) (sosiaaliset)</p> <p>2. Päiväosaston struktuuri (järjestelmä)</p> <p>3. Yksilökeskustelut olivat silloin, kun jaksoi tulla (järjestelmä)</p> <p>4. Henkilökunta tuki (hoito)</p> <p>5. Henkilökunnan ymmärtäväinen suhtautuminen poissaoloihin (hoito)</p>	<p>Ympäristöstä johdettavat</p>	<p>Hoitoa edistävät tekijät</p>
---	---	--	---------------------------------	---------------------------------

<p>7. "Kyl mun mielestä on ja sit ku vaik on pois nii ei rai-vota tai mitään sellaista se on sillai kivaa kans. "</p> <p>8. "Oma perhe. Ne ovat tukeneet ja ovat todella vihai-sia niinä päivinä ku en oo pystynyt tulee, että "nyt pi-täisi käydä". Et ne vähän niin kuin valvoo."</p>	<p>8. Perhe tuki sitoutumista</p>			
<p>1. "Nii sitten ku on ollut pakko lähtee ja mä en oo voinu juoda, eihän täällä sitten katota jos mä oon kra-pulassa tai kännissä ja näin -- No varmaan suurimmat on se (auttanut), että sain korkin kiinni --</p> <p>2. "sitten toi uusi lääkitys (vaikutti hoitoon sitoutu-mista estäviin oireisiin). -- Ja seki on (vastuun otta-mista), että mä syön lääkkeeni."</p> <p>3. "No kyllä mä olin niin koska aamulla juoutui tänne tulemaan ,joutui, pääisi, ihan miten vaan, niin se oli se loppupäivä oli niin kuin paljon pirteempi, pystyi tekee asioita"</p>	<p>1. Juomisen lopettaminen</p> <p>2. Uusi lääkehoito (ja sen käyttöönotto)</p> <p>3. Koin hyödyn hoidosta</p> <p>4. Päiväosaston ryhmistä si-touduin kädentaitoryhmään, koska koin sen auttavan mi-nua.</p> <p>5. Tulin päiväosastolle velvol-lisuuden tunteen vuoksi.</p>	<p>1. Alkoholin liikakäytön lopettaminen (järjes-telmä, potilas) 2. Sopiva lääkehoito (hoito, poti-las)</p> <p>3. Kokemus hoidon hyö-dystä (n=3) (hoito, poti-las)</p> <p>4. Velvollisuuden tunne (n=2) (järjestelmä, poti-las)</p> <p>5. Sosiaalinen paine (sosi-aalinen)</p>	<p>Molem-mista joh-tuvat</p>	<p>Hoitoa edistä-vät tekijät</p>

<p>4. "Kädentadot. Et siinä pystyi vaik olikin muitakin höpimisessä ja itekin jotakin höpisi nii pystyi keskittyä siihen, mitä teki."</p> <p>5. "Semmonen velvollisuudentunto. Et ne saattoi olemaan sit sellaisia parempia päiviä tai parempia aamuja et niin kuin pystyi lähtemään vaikka se nyt oli aika vaikeeta mut kuitenkin pystyi niinä aamuina."</p> <p>6. "Kerta viikossa yksilökeskustelut, ja ne on ollu kaikein tärkeimmät -- must tuntuu vaa et mä tarvitsen kerran viikossa sen et mä pystyn jonkun täysjärkisen ihmisen kanssa puhumaan niin että joka mä tiedän että se haluaa mun parasta ja sille mä uskallan kertoa se niin mitä on tapahtunut miltä must on tuntunut. Henkilökohtaisia asioita. -- Ja mun mielestä täällä on hyvä et täällä ymmärretään ja täällä ei vähätellä ja suhtaudutaan vakavasti ja sitten täällä on sitä tietoa et mitä tää on. Sitä varten täällä voi puhua avoimesti. -- Se niin että se on ainoa hoito, mitä mä saan ja mä tiedän sen et jos mulla ei oo mitään hoitoa mä en ikinä pääse täältä suosta ylös, yksinkertaisesti en pääse."</p>	<p>6. Kävin säännöllisesti yksilökeskusteluissa, koska siitä oli minulle hyötyä.</p> <p>7. Kävin tiheämmin, kun oli pakko. Kun ei ole pakko, herkemmin jää pois.</p> <p>8. Muiden mielipiteet vaikuttivat.</p> <p>9. Huomasin, että toimintakykyni oli parantunut ja sosiaalinen ahdistus lieveni. Tuli myös hyvän olon tunne siitä, että pääsin paikalle.</p> <p>10. Hyvä hoitosuhde</p>	<p>6. Hyvä hoitosuhde (hoito, potilas)</p>	
---	---	--	--

<p>7. "Joo, silloin mä jaksoin käydä jotenkin.. Tietysti arviointijakso olikin nii pitikin käydä joka päivä, mutta.. Kyl se vähän on muuttunut sille, ettei pakota itseensä niin helposti sitten lähtemään."</p> <p>8. "No välillä ku on pois nii mieltii, mitä muut ajattelee."</p> <p>9. "Kai sitä sitten huomaa että se on jollakin tavalla palkitsevaa ku pääsee aamulla lähteä sieltä neljän seinän sisältä pois. Että se oli jo palkitsevaa että pääsee sieltä lähtemään. Et on se vähän niin kuin toimintakykyä parantanut ja selvästi aiemminhan mun oli vaikeaa päästä ruokakauppaan jopa et ku oli niin siinä yksin neljän seinän sisältä nyt pystyy olee jotenkin tuolla ja vaikka se vieläkin ahdistaa tuolla kaupungilla olo nii ei se kuitenkaan ylitsepääsemätön esteenä nii kyllä se on varmasti auttanut. Et pysty olla ihmisten ilmoilla."</p> <p>10. "Oli joo, meillä synkkas todella hyvin et pystyin puhua niin kuin se on mitä mieleen tulee miettimättä tarkemmin ja meillä on samanlainen huumorintaju.--Et nyt on sellainen hoitosuhde että voi itkeä jos itkettää ja kehtaa puhua kaikista asioista."</p>				
---	--	--	--	--

<p>1. "Yks poissaolo oli sellainen ku mä sain tota.. Meillä oli pieni remonttitarve parvekkeella ja varastossa."</p> <p>2. "Mut on mulla ollut sellaisiakin pari että tota mä oon ollut nukkunut ihan mielettömän huonosti ja sit olin ottanut aamuyöstä unilääkkeet ja.. ja sitten sit vaan nukkunut tota myöhään"</p> <p>3. "On pari siellä sitten et niinku mä oon tosi äkkipikainen et mä sitten et sellasen takii mä jätin sen toisen kauden ihan täysin kesken ihan täysin tyhmän äkkipikaisen jutun takii"</p> <p>4. "mun mielestä mä olin aika hiton huonossa kunnossa -- en oikeastaan jaksanut edes pestä hampaita tai käydä suihkussa enkä käydä kaupassa eikä mitään niin en jaksanut joka aamu lähteä tänne -- mä en niinku nauttinu millään tavalla, en saanut mitään hyvää irti siitä ryhmässä olemisesta -- Ilmeisesti en ollut valmis siihen."</p> <p>5. "En uskaltanu ees omalle pihalle mennä. Et se oli niin kuin et sitä varten siitä ne poissaolot johtu. Mä en halunnut tulla."</p>	<p>1. Kerran henkilökohtainen syy (muu meno)</p> <p>2. Väsymys, unettomuus sekä väsyttävä lääkehoito</p> <p>3. Olin ärtynyt</p> <p>4. Olin todella huonossa kunnossa, liian huonossa sitoutukseni päiväosaston ryhmiin.</p> <p>5. Sosiaalinen ahdistus oli niin kova, että päiväosaston tarjoama hoitomuoto ei ollut ajankohtaisesti minulle sopiva.</p> <p>6. Väsymysoireyhtymä</p> <p>7. Masennusoireet, liian huono kunto</p> <p>8. Väsyttää, nukkuu liikaan, ahdistus sitä myötä kasvaa</p>	<p>1. Muu syy (potilas)</p> <p>2. Univaikeudet (tauti/potilas)</p> <p>3. Ärsyyntyneisyys (tauti/potilas)</p> <p>4. Liian huono kunto (tauti)</p> <p>5. Ahdistus (tauti)</p> <p>6. CFS ja masennus (tauti)</p> <p>7. Väsymys (n=2) (tauti, potilas)</p> <p>8. Väsymys ja psyykkisen voimien heikkeneminen (potilas, tauti)</p>	<p>Potilaasta johtuvat</p>	<p>Hoitoa estävät tekijät</p>
--	---	---	----------------------------	-------------------------------

<p>6. "Väsymysoireyhtymä CFS et mä nukun välillä 24/7"</p> <p>7. "Välillä oon niin masentunu ja välillä niin väsynyt ei yksinkertaisesti kyennyt lähtemään"</p> <p>8. "Ku on ollu niin väsynyt nii ei vaa pystynyt heräämään nii on nukkunut johonkin kahteen päivällä ja siten voi olla niin huono päivä et ei vaan pysty tulee. Sil-lai että ei pysty lähtee mihinkään sinä päivänä, sä vaan makaan ja tuijotat tyylä kattoo ja ahdistaa tosi pal-joon. Ja sit ei vaa pysty. "</p> <p>9. "Suurin syy et on nukkunut liian pitkään, tavallaan nukkunut pommiin. "</p>	<p>9. Syynä pommiin nukkuminen</p>			
<p>1. "20-25 min istutaan vaa nii mä oon häippässy ku on ruvennu ottaa päähän"</p> <p>2. "Ja sit semmosen vielä et tota miten must oli aika ikävä tapahtuma tässä että mä en nyt ihan tiedä miten kaikki siinä tapahtui mutta mä oli paikalla siinä ku yks hoitaja rupes väittelee yhen potilaan kanssa ja se poti-las sittemmin on lopettunut täällä -- Mä en mennyt kahtena seuraava kertana siihen ryhmään ja sit mä</p>	<p>1. Päiväosaston struktuuriin liittyvä seikka (pitkät tauot)</p> <p>2. Päiväosaston henkilökunnan käytös</p> <p>3. Ohjelma alkoi liian aikaisin</p>	<p>1. Pitkä tauko (järjes-telmä)</p> <p>2. Henkilökunnan käytös (hoito)</p> <p>3. Päiväosaston struk-tuuri (järjestelmä)</p>	<p>Ympäris-töstä joh-tuvat</p>	<p>Hoitoa estävät tekijät</p>

<p>kuulin et siinä ryhmässä ei ollut paikalla se tyyppi niin sit mä menin. "</p> <p>3. "Aamulla klo 9 alkoi aamukokouksella mutta sit kulla oli herätyskello soimassa vähän ennen kahdeksaa nii mä totesin et en tänään pysty, musta ei oo lähtiäseen."</p>				
<p>1. "-- mulla on aika paljon ollut nytte ihan sellaisia poissaoloja että mä oon joutunut käymään tuolla sairaalassa ja sitten tossa terveyskeskuksessa ...Ja mulla oli hammaslääkäripoissaolo...Ja sit on ollut kaks poissaoloo mä olin sosiaaliohjaajalla"</p> <p>2. "Nii sitä ei aina ois ehtiny ku vaa jokski puoleks tunniks ku nää päivät on niin lyhyitä."</p>	<p>1. Muiden terveysongelmien hoito</p> <p>2. En tullut, koska en olisi ehtinyt osallistua koko päivään</p>	<p>1. Terveystapaamiset samaan aikaan kuin hoito päiväosastolla (järjestelmä, potilas)</p> <p>2. Osittaisen osallistumisen kokemus turhana, lyhyet päivät (potilas, järjestelmä)</p>	<p>Molemmista johtuvat</p>	<p>Hoitoa estävät tekijät</p>

Taulukko 2: Haastatteluanalyysin taulukko